FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. EMILE MERLE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), le 15 août 1884.

Travail du service de M. le Professeur THOINOT (Hopital Laënnec) et de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie.

ÉTUDE

SUR LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE TRAUMATIQUE

Président : M. THOINOT, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
	DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	RETTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE

Le Docteur H. FRASEY

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur THOINOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC.

Témoignage de respectueuse affection et de gratitude

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat.

M. le Professeur THOINOT (Laënnec, 1910-1911).
M. le Docteur RICHARDIÈRE (Enfants-Malades, 1909-1910).
M. le Docteur HUDELO (Tenon, 1908-1909).
M. le Docteur VILLEMIN (Bretonneau, 1907-1908).
M. le Professeur agrégé NOBECOURT, MM. les Docteurs BERGÉ, FREDET, LESNÉ, RIBIERRE.

Externat

M. le Professeur THOINOT
M. le Docteur TRIBOULET } Saint-Antoine, 1906-1907).
M. le Professeur agrégé PEYROT (Lariboisière, 1905-1906).
M. le Professeur RAYMOND *(in memoriam)* (Salpêtrière, 1905-1906).
M. le Professeur agrégé CLAUDE.
MM. les Docteurs SOULIGOUX, LAPOINTE.

M. le Professeur agrégé LAUNOIS, médecin de l'hôpital Lariboisière.
M. le Docteur PICQUÉ, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
M. le Docteur BARIÉ, médecin de l'hôpital Laënnec.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

MM. les Professeurs THOINOT, Gilbert BALLET.
MM. les Professeurs agrégés BALTHAZARD, DUPRÉ, LAIGNEL-LAVASTINE.
MM. les Docteurs DESCOUST, OGIER, VIBERT.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MM. les Docteurs ALQUIER, JOLLY.

INTRODUCTION

La tuberculose pulmonaire traumatique existe-t-elle ? A cette question, il est deux réponses très différentes, suivant que l'on se place au point de vue théorique ou au point de vue pratique. *A priori*, en restant uniquement sur le terrain scientifique, on est tenté de répondre aussitôt : non. Et, en effet, la clinique et l'expérimentation s'accordent pour nous apprendre que, sauf des cas tout à fait exceptionnels, négligeables en réalité, le traumatisme, aussi bien en ce qui concerne le poumon, que pour toutes les autres régions de l'organisme, ne crée pas la tuberculose, et que, par suite, il ne peut pas être accusé de rendre un sujet tuberculeux.

Et cependant, envisageons un de ces cas que, depuis la Loi du 9 avril 1898, tous les médecins qui se sont occupés de la pathologie des accidents du travail, ont été appelés à étudier : un ouvrier adulte, vigoureux, ayant toujours pu suffire sans interruption à un travail pénible, a reçu un coup sur la région thoracique ; aussitôt après il a craché le sang, puis il a continué à avoir des hémoptysies successives, et, alors qu'il n'avait jamais eu auparavant le moindre rhume, il se met à tousser, il a des points de côté, le moindre effort provoque de violentes crises d'oppression ; puis il maigrit, il perd ses forces,

il a des sueurs nocturnes, il n'a plus d'appétit. Tout travail lui devient impossible, et deux ou trois mois après l'accident, l'examen physique du poumon révèle des symptômes d'infiltration et de ramollissement évident dans la région de la poitrine qui a subi le traumatisme. Dès lors, il est devenu un tuberculeux vulgaire, toujours exposé à une mort rapide, s'il survient une poussée aiguë et, en tout cas, incapable de gagner sa vie comme il le faisait auparavant.

Mais, dira-t-on, cet individu était déjà tuberculeux avant l'accident, et le même traumatisme survenant chez un sujet sain, aurait été incapable d'entraîner des conséquences aussi désastreuses. Par conséquent, c'est non pas le traumatisme, mais la tuberculose latente qu'il faut incriminer.

Scientifiquement, le raisonnement est juste, mais pratiquement, il est aisé d'établir que cet ouvrier était, somme toute, dans la situation d'un nombre très considérable d'individus, qui, sans le savoir, sont porteurs d'un foyer de tuberculose minime et absolument latent; et les autopsies nous ont appris combien nombreux sont les sujets qui, dans cet état, sont parvenus à un âge très avancé, sans que cette infection latente se soit jamais manifestée par aucun symptôme ; comme tant d'autres, cet ouvrier, de bonne constitution et sans tares héréditaires, avait toutes les chances d'ignorer toujours l'existence de ce foyer latent, et de continuer à travailler comme un homme normal ; c'est bien le traumatisme qui a tout changé, et s'il n'a pas créé la tuberculose scientifiquement, il l'a bien réellement créée pratiquement et socialement.

De tels faits montrent la légitimité du terme de tuberculose pulmonaire traumatique, mais aussi, ils laissent entrevoir de combien de difficultés doit être semée son étude médico-légale : et en effet, à côté des cas schématiques, combien d'autres présentent des difficultés d'interprétation, et laissent de place au doute et à l'hésitation, lorsqu'il s'agit de formuler des conclusions précises.

Nous avons eu l'occasion, pendant notre année d'internat chez M. le professeur Thoinot, et durant l'époque où nous avons suivi les cours de l'Institut médico-légal de Paris, d'étudier de près un certain nombre de ces cas, et c'est à leur étude tout particulièrement attachante que nous avons décidé de consacrer ce travail.

Mais avant toute chose, nous tenons à remercier notre maître, M. le professeur Thoinot, qui nous a suggéré l'idée première de ce travail, des précieux conseils qu'il nous a donnés, et aussi de la complaisance avec laquelle il a mis largement à notre disposition, les rapports rédigés par lui sur un grand nombre d'affaires de tuberculose pulmonaire traumatique soumises à son expertise au cours de ces dernières années. Ces rapports dans lesquels se trouveront discutés avec une précision remarquable les points les plus difficiles de la question, ont été pour nous une source de documents d'une valeur inappréciable, et constituent bien certainement le véritable intérêt de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les rapports du traumatisme et de la tuberculose, et en particulier de la tuberculose pulmonaire, ont été admis de tout temps par un grand nombre d'auteurs, mais on y attachait, somme toute, assez peu d'importance, considérant, à juste titre d'ailleurs, que le traumatisme ne jouait qu'un rôle secondaire de cause occasionnelle, et la plupart des auteurs citent rapidement le traumatisme à côté des innombrables causes occasionnelles d'importance fort inégale, que l'on a coutume d'énumérer dans l'étude de la tuberculose pulmonaire.

On s'explique ainsi que les travaux d'ensemble sur la question soient peu nombreux, et les observations très rares, jusqu'au jour où la Loi sur les Accidents du Travail, du 9 avril 1898, est venue lui donner un intérêt pratique tout nouveau, et a été l'occasion de nombreuses publications. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées avec une grande rapidité.

Le fait le plus ancien où l'on trouve notés les rapports du traumatisme et de la phtisie, est rapporté par Hérodote ;

« Pharnuchès, général de cavalerie du roi Xerxès, fut retenu à Sardes par une maladie que lui avait occasionné un accident fâcheux dans le temps que l'armée partait de cette ville. Son cheval, effrayé par un chien qui se dressa à l'improviste entre ses jambes, se dressa et le jeta par terre. Pharnuchès vomit le sang et tomba dans une maladie qui dégénéra en phtisie ».

Une des plus vieilles observations françaises de tuberculose pulmonaire traumatique est relatée par Portal, dans son ouvrage : « *Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire* », publié en 1792 ; il relate dans un chapitre intitulé : « Quelques observations sur la phtisie qui succède à des contusions et à des blessures de la poitrine », le fait suivant : « Un maçon de trente ans, fit une chute d'une hauteur assez considérable ; sa poitrine fût contuse. Il vint me consulter le surlendemain de son accident, après avoir craché beaucoup de sang ; il avait encore beaucoup de peine à respirer, de la toux et ses crachats étaient quelquefois sanguinolents. Un mois après sa chute, il éprouva une augmentation de la toux, la respiration devint gênée, le crachement de sang eut lieu, la fièvre s'alluma et la phtisie en fut la suite. A l'ouverture du corps on trouva le poumon droit très adhérent à la plèvre, mais sain ; le poumon gauche était très endurci et comme squirrheux à deux ou trois endroits de sa substance ; il y avait aussi plusieurs foyers purulents dans son tissu, et beaucoup d'eau épanchée dans la cavité gauche de la poitrine ».

Portal fait suivre cette observation où l'on retrouve les principaux caractères de la tuberculose pulmonaire,

dite traumatique, des remarques fort judicieuses qui suivent : « Sans doute que le sang s'extravase dans le tissu du poumon, soit par la dilatation forcée des extrémités capillaires, soit par leur rupture, et il en résulte un engorgement inflammatoire dans le poumon : la suppuration survient ; le malade tombe dans la phtisie, laquelle parcourt ses diverses périodes plus ou moins vite, selon la nature de la plaie, de la contusion, et suivant la disposition du sujet ».

Néanmoins la plupart des auteurs passent sous silence ou rejettent la tuberculose pulmonaire traumatique :

Laennec, battant en brèche la vieille théorie de la *phtisis ab hemoptoæ*, de Morton, nie toute influence de l'hémorragie pulmonaire sur l'évolution de la phtisie, et dit n'avoir jamais vu la phtisie succéder à une hémorragie traumatique du poumon. Andral partage cette opinion de la non-influence du traumatisme sur l'évolution de la tuberculose. Par contre, l'action du traumatisme sur l'évolution de la pleurésie, dont on méconnaissait d'ailleurs totalement la nature tuberculeuse, constitue pour tous les auteurs une vérité indiscutable : « La pleurésie de cause externe est produite par le traumatisme (fracture de côte, plaie de poitrine), par la contusion thoracique, mais le plus souvent par l'impression de froid ou par l'ingestion de boissons froides quand le corps est en sueur. » (Jaccoud, *Traité de pathologie interne*). Il est intéressant de noter, en passant, que l'une et l'autre de ces variétés de pleurésie dite de cause externe, pleurésie *a frigore* et pleurésie traumatique sont actuellement englobées par la pleurésie tuberculeuse.

En 1876, Perroud, dans un travail bien connu sur la

tuberculose pulmonaire des bateliers du Rhône, remet en question la possibilité de la tuberculose pulmonaire traumatique ; il a noté la fréquence avec laquelle on rencontrait la tuberculose chez ces individus, même chez ceux qui semblaient les plus vigoureux et les plus indemnes de toute tare héréditaire et il explique le développement de la tuberculose par le mécanisme suivant : les bateliers se servent pour pousser leurs bateaux de longues perches nommées *harpies* dont ils appliquent l'extrémité au niveau de la région sous-claviculaire pour pouvoir imprimer à leur effort une vigueur plus grande : il en résulte une compression extrêmement intense de la partie supérieure de la cage thoracique, compression qui s'accompagne de chocs multiples. Perroud admet que ce traumatisme repété peut créer la phtisie, en dehors de tout état diathésique. Les malades ont d'ailleurs conscience du rôle que joue l'harpie dans leur affection. La marche de cette forme spéciale de phtisie traumatique est, d'après Perroud, assez lente ; elle s'accompagne rarement d'hemoptysie et semble d'un pronostic moins sombre que la plupart des autres formes de phtisie.

Lebert publie un des premiers travaux d'ensemble sur la question, il rassemble 11 cas de tuberculose pulmonaire traumatique ; ces observations se trouvent réunies dans la thèse de son élève Scholtz (Breslau, 1872).

Sous l'influence des idées de Verneuil sur le rôle important du traumatisme en pathologie générale, Bouvier publie en 1877 une thèse où il reconnait de la façon la plus explicite la nécessité d'un terrain spéciale-

ment préparé : « Un choc ne produit pas la tuberculisation d'un organe, pas plus que l'impression de froid n'amène une éruption miliaire dans le poumon, mais ce choc est un agent provocateur, qui détermine une inflammation de l'organe. Et, si le terrain s'y prête, et se trouve en état d'opportunité morbide, au lieu d'une inflammation ordinaire, c'est une tuberculisation qui évoluera ; autrement dit, dans ces circonstances, le tubercule sera dû non aux coups mais à l'inflammation consécutive aux coups. » Citons vers la même époque la thèse de Roques d'Orbcastel.

Depuis cette époque, les travaux sont devenus assez nombreux : ce sont les observations de Teissier, de Lyon (1878) et la thèse de son élève Chaffy (1881) sur le rôle étiologique du traumatisme et de l'hémorragie dans la tuberculose pulmonaire ; les observations de Chauffard (1880), la thèse de Quéhen (1883), les observations de Jaccoud (1889), Potain (1899), la thèse de Franchetti (1897), la thèse de Herbert (1896), sur la pleurésie traumatique.

Au point de vue spécial de la pathogénie de la tuberculose traumatique une ère de recherches particulièrement intéressantes et fécondes fut ouverte par les travaux expérimentaux de Max Schüller (1878) *sur la genèse des inflammations tuberculeuses et scrofuleuses.* Ces recherches, faites avant la découverte du bacile de Koch, furent rectifiées, complétées et précisées par les travaux successifs de Lannelongue et Achard (1898), de Pétrow (1904), de Rodet et Jeanbrau (1908).

Après la Loi de 1898, les travaux sont envisagés à un point de vue sensiblement différent des précédents, et

c'est ainsi que nous assistons aujourd'hui à l'édification d'un des chapitres les plus intéressants de la pathologie des accidents du travail. Les observations deviennent de plus en plus fréquentes et nous sommes loin aujourd'hui des 30 cas que Franchetti avait pu réunir en 1897. Citons depuis cette époque les leçons professées par le professeur Thoinot en 1902 et réunies dans son traité « *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique* ». Ces leçons constituent le premier travail français important traitant la question au point de vue spécial et pratique des accidents du travail. Mosny publie également en 1902 un important mémoire. En 1903, thèse de Gillet ; thèse de Chavastelon (1901) sur les pleurésies traumatiques. Citons encore les articles consacrés à la tuberculose pulmonaire traumatique du traité sur les accidents du travail de Vibert (1906), et du manuel de Forgues et Jeanbrau (1909), les articles de Barjon et Lesieur (1901), Mongour (1908), Lalesque (1098), Lande (1909), Franchomme (1903), Patoir (1909) ; la discussion importante sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose du 20e Congrès de chirurgie (1907).

En Allemagne, on trouve un nombre de travaux beaucoup plus considérable qu'en France : celà s'explique aisément si l'on songe que la loi sur les accidents du travail y est en vigueur depuis 1881. Nous citerons parmi ces travaux, ceux de Brehmer (1885), de Mendellssohn (1886), de Lacher, de Guder (1894), l'important traité de R. Stern (1896-1900), les mémoires de Ranaletti (1904), de Link (1906) de Köhler (1908), de Neisse (1908), les dissertations inaugurales de

Schwartz (1900), de Grösser (1903), Stern (1903), Silberstein (1903), Weiler (1905), Hanf (1950), Spillecke (1908) ; enfin l'important traité du professeur Thiem sur la pathologie des accidents du travail (1908).

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Un premier problème se pose aussitôt que l'on aborde la question de la tuberculose pulmonaire traumatique : *La tuberculose pulmonaire traumatique existe-t-elle au point de vue scientifique et dans quelle mesure existe-t-elle ?* C'est par l'étude des recherches expérimentales faites dans le but d'établir le rapport du traumatisme et de la tuberculose et par l'examen des faits cliniques que l'on peut arriver à répondre avec précision à cette question. Nous établirons d'abord l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie de la tuberculose pulmonaire traumatique en général et nous en ferons l'application à la tuberculose pulmonaire traumatique.

§ 1. — Données générales sur la pathogénie de la tuberculose traumatique.

1° Données de l'expérimentation.

En 1878, Max Schuller publia ses « Recherches expéri-« mentales sur la pathogénie des arthrites scrofuleuses « et tuberculeuses ».

Ses recherches portèrent sur des chiens et sur des lapins ; il leur injectait dans les poumons, soit au moyen d'une plaie faite à la trachée, soit directement à travers la paroi thoracique, à l'aide d'une seringue de Pravaz, soit des crachats tuberculeux, soit des fragments de poumons humains tuberculeux, soit le plus souvent un liquide de culture chargé de bactéries et provenant de la mise en culture de fragments de tissus tuberculeux. On juge aisément, d'après cette technique, quelle devait être la quantité considérable de germes microbiens de toute nature injectés par M. Schuller à ses animaux en expérience ! Il faisait ensuite subir à l'animal en expérience une entorse ou une contusion de l'articulation du genou. Dans presque tous les cas, il se produisait une arthrite caractérisée essentiellement par une tuméfaction avec production de granulations dans la synoviale, et surtout par une tuméfaction des extrémités articulaires ; les cartilages étaient troubles, les extrémités osseuses très augmentées de volume, se laissant facilement couper, et présentant des mailles du tissu spongieux très élargies et très vascularisées, mais sans points de ramollissement. Chez les animaux témoins, la même blessure de l'articulation ne provoquait aucune lésion semblable. — Dans une autre série d'expérience, le liquide fut injecté directement dans l'articulation, il se produisit une arthrite analogue, mais avec une moindre tuméfaction des extrémités osseuses.

L'auteur conclut de ses expériences qu'un traumatisme sous-cutané d'une articulation, qui serait par lui-même incapable de provoquer une inflammation, détermine, sous l'influence d'une infection générale, une

arthrite tout à fait analogue à ce qu'est chez l'homme le début d'une arthrite scrofuleuse ou tuberculeuse.

Après ce rapide exposé des recherches de Max Schüller, qui eurent un grand retentissement. et qui, actuellement encore sont cités par tous les auteurs, de graves objections se présentent immédiatement à l'esprit.

Il apparaît clairement tout d'abord que les produits utilisés par Max Schüller étaient d'une impureté évidente, contenant une infinité de germes banaux de la suppuration et ne contenant probablement que très peu de bacilles de Koch. D'autre part, M. Schüller s'adressait à des lapins, animaux assez réfractaires à la tuberculose humaine. Enfin, d'après l'exposé des lésions décrites, on ne peut s'empêcher de penser qu'il s'agissait ici tout simplement d'une infection banale ostéo-articulaire, probablement d'un début d'ostéomyélite, et les recherches expérimentales de Max Schüller apparaissaient dès lors comme une simple confirmation d'un fait parfaitement établi aujourd'hui : la localisation par le traumatisme au niveau d'un foyer ostéo-articulaire d'une infection générale banale, telle qu'une infection staphylococcique ou streptococcique.

De nouvelles recherches s'imposaient donc : elles devenaient infiniment plus faciles après la découverte, en 1884, du bacille de la tuberculose.

La question fut reprise d'abord par Krause, en 1890, mais ses résultats qui semblaient confirmer la loi de Max Schüller ne sont guère plus concluants : il utilisait bien, pour ses recherches, des cultures pures de bacilles de Koch, mais tous ses animaux succombaient à une tuberculose miliaire généralisée et les lésions articulaires

observées n'étaient autres que des lésions granuliques : on voit combien Krause était loin de la reproduction des tuberculoses locales traumatiques telles qu'elles se réalisent en clinique.

Lannelongue et Achard, en 1898, reprirent la question dans des conditions beaucoup meilleures. Ils inoculèrent à 20 cobayes, sous la peau de la cuisse, des produits tuberculeux, d'origine humaine, provenant d'abcès froids, de ganglions, de fongosités articulaires et des organes de cobayes inoculés précédemment ; puis, quand l'infection était en voie de se généraliser, à une date variable, de 19 à 89 jours après l'inoculation, ils firent subir aux animaux des traumatismes plus ou moins importants : contusions articulaires à coup de maillet, distorsions articulaires, luxations, fractures, décollements épiphysaires. Ces animaux moururent de tuberculose au bout de délais variables, *aucun ne présenta de tuberculose au niveau des points traumatisés.* Mêmes résultats pour des cobayes inoculés avec des cultures pures par voie péritonéale ou par voie trachéale. Mêmes résultats pour des cobayes auxquels ils avaient injecté les cultures directement dans le cœur afin de faciliter la dissémination des bacilles.

De ces expériences, Lannelongue et Achard concluaient que la tuberculose ne se comporte nullement comme les infections aiguës banales, et que la localisation d'un processus tuberculeux au niveau d'un foyer traumatique est loin d'être aussi facile à réaliser que le croyait M. Schüller. Ils tiraient également de leurs recherches cette conséquence que l'infiltration sanguine est extrêmement rare chez les animaux tuberculisés. Borrel a

d'ailleurs montré avec quelle rapidité le sang se débarrasse des bacilles tuberculeux qu'on y injecte, quelques minutes suffisant dans ces expériences pour l'incorporation de bacilles par les globules blancs.

En 1899, Friedrich et Honsell confirmèrent les recherches de Lannelongue et Achard. Honsell concluait à la négation de toute influence tuberculogène du traumatisme.

En 1904, Pétrow entreprend de nouvelles recherches et aboutit à des résultats un peu différents et qui semblent répondre d'une façon très exacte à la réalité des faits.

Ayant inoculé des produits tuberculeux dans le péritoine de 26 animaux, il trouva chez ces animaux des bacilles tuberculeux au niveau de la moëlle épiphysaire, bien que les dos fussent sains macroscopiquement et histologiquement.

Dans une 2e série de recherches, il traumatisa des articulations et y injecta ainsi que dans les articulations non traumatisées, des produits tuberculeux. Dans ces dernières, les lésions se localisèrent aux ligaments et à la capsule ; dans les premières, au contraire, toute solution de continuité des cartilages devenait le point de pénétration et le centre de développement d'un foyer tuberculeux important.

Il injecta à 18 lapins, par voie veineuse, des produits tuberculeux humains, puis il détermina chez ces lapins 18 fractures intra articulaires, 18 entorses, 18 contusions légères ; tous ces lapins étaient morts au bout de 3 mois 1/2 et présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire, 11 des articulations gravement lésées étaient tuberculeuses ; 2 articulations légèrement contusionnées et

2 articulations saines seulement présentaient des lésions bacillaires.

Pétrow concluait à la possibilité de la localisation tuberculeuse après un traumatisme : *le traumatisme ne peut être considéré comme fixateur des bacilles de Koch puisqu'on en trouve au niveau des articulations saines non traumatisées, mais il peut du moins être certainement considéré comme aggravateur de lésions préexistantes.*

Rodet et Jeanbrau en 1908, en utilisant comme voie d'infection la voie digestive, n'ont jamais pu réaliser la localisation de lésions tuberculeuses au niveau des points traumatisés.

De l'ensemble de ces recherches, on peut retenir les conclusions de Pétrow qui semblent les plus rigoureuses et qui sont tout à fait concordantes avec les enseignements de la clinique qu'il nous faut maintenant examiner.

2° Enseignements de la clinique

Si l'on étudie les diverses statistiques des auteurs qui ont tenté d'établir le degré de fréquence du traumatisme comme facteur étiologique dans la production des tuberculoses locales, les seules que nous envisageons actuellement, on reste étonné devant l'énorme différence des chiffres ; pour s'en convaincre il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant qui réunit un certain nombre de ces statistiques :

Jeannel rencontre le traumatisme dans 5.5 °/₀ des cas.
Wiener — — 6 à 7 °/₀ —

Pietrzikowski	rencontre le traumatisme	dans	8 °/₀	des cas.
Lemgay	—	—	8 8 °/₀	—
Estor	—	—	9.5 °/₀	—
Hahn	—	—	13 °/₀	—
	(tuberculose du cou-de-pied).			
Honsell	—	—	14 °/₀	—
König	—	—	20 °/°	—
	(tuberculose du genou).			
Thiem	—	—	20 °/₀	—
Voss	—	—	21 °/₀	—
Hortzetsky	—	—	44 °/₀	—
	(tuberculose vertébrale)			
Taylor	—	—	53 °/₀	—
Bauer	—	—	près de 100 °/₀	—

Ces écarts énormes, qui s'étendent du chiffre de 5 °/₀ à celui de 100 °/₀ reposent évidemment sur des différences dans la rigueur et le sens critique avec lesquels les divers auteurs ont accepté comme valable l'étiologie traumatique. Il est bien certain en effet que si l'on se borne à interroger les malades et à leur demander s'ils n'ont pas reçu un coup sur la région dont ils souffrent, la plupart répondront par l'affirmative, obéissant en celà au préjugé populaire qui attribue la plupart des affections médicales ou chirurgicales à un coup reçu depuis plus ou moins longtemps ; le médecin doit se garder de juger les choses avec un simplisme aussi naïf ; de plus, les malades répugnent à admettre comme cause de leur affection une tare organique individuelle ou héréditaire et mettent leur point d'honneur à tout attribuer à des causes extérieures.

Un autre enseignement pour l'appréciation de ces sta-

tistiques est fourni par l'examen de la nature des traumatismes invoqués : c'est un fait qui est en effet bien établi que la plupart du temps ce sont des traumatismes très légers qui sont suivis de tuberculoses locales, les traumatismes graves se retrouvant au contraire beaucoup plusrarement : d'où cette proposition paradoxale « plus le traumatisme est léger, plus il est tuberculogène » qui semble avoir étonné quelques auteurs. En réalité, le paradoxe n'est qu'apparent et il faut traduire la formule précédente de la façon suivante :

On retrouve d'autant plus fréquemment les traumatismes légers à l'origine des tuberculoses locales, que, en dehors de leur banalité même et de leur fréquence chez tous les individus, ils constituent très souvent un accident révélateur d'une lésion en évolution, accident qui ne se serait pas produit si l'articulation avait été saine.

Après ces considérations, on voit ce qu'il faut penser des statistiques qui accusent le traumatisme dans la proportion de 100 °/₀ ou même 50 °/₀ des cas, et il faut rester un peu sceptique sur la fréquence de ces traumatismes soi-disant fixateurs.

Il résulte, d'autre part, d'un referendum adressé par Jeanbrau à un grand nombre de chirurgiens (Bœckel, Bousquet, Cramer, Estor, Fontan, Thiéry, etc...), que, de l'opinion unanime, dans l'immense majorité des cas, le traumatisme ne fait qu'attirer l'attention sur des lésions existant déjà auparavant.

Un autre argument en faveur de cette manière de voir est fourni par l'étude de ce qui se passe chez un tuberculeux vrai, pulmonaire ou autre, lorsqu'il reçoit un traumatisme quelconque. Depuis longtemps on avait

remarqué que chez les tuberculeux les fractures se consolident d'une façon normale, les plaies résultant de traumatisme opératoire ou accidentel se réparent absolument comme chez des sujets normaux, et qu'il est absolument exceptionnnel de voir, chez ces sujets, des lésions tuberculeuses se développer au niveau du point traumatisé ; l'on n'avait pas manqué d'opposer à M. Schüller ces constatations qui contredisaient de la façon la plus formelle les conclusions de son travail.

On voit combien il est difficile d'admettre qu'un traumatisme puisse, chez un tuberculeux avéré, *a fortiori* chez un sujet ne présentant pas de manifestation tuberculeuse visible, déterminer à lui seul l'évolution d'une tuberculose ; il est beaucoup plus logique d'admettre que le traumatisme a agi en un point où existaient déjà des lésions plus ou moins latentes, lésions qu'il a révélées ou aggravées, et dont on peut très souvent établir l'existence par une enquête minutieuse et approfondie sur les antécédents du malade.

3° Conclusions

a) Traumatisme aggravateur ou révélateur. — Les faits cliniques et expérimentaux nous amènent donc à conclure que le traumatisme, en matière de tuberculose, dans l'immense généralité des cas, ne fait que révéler ou aggraver une lésion déjà existante en puissance au point traumatisé.

Une fixation de bacilles de Koch en ce point ne pourrait être possible que s'il y avait septicémie bacillaire, cas qui ne se rencontre que dans la granulie ou dans les

conditions expérimentales où des quantités énormes de bacilles de Koch sont introduits directement dans la circulation. (Notons pourtant que Jousset a pu trouver parfois des bacilles dans le sang au cours de poussées aiguës de tuberculose pulmonaire).

Il nous faut néanmoins discuter une opinion couramment admise en Allemagne, et soutenue par Thiem. La plupart des auteurs allemands admettent qu'il peut y avoir localisation à distance, et qu'une manifestation tuberculeuse peut se rencontrer très loin du point traumatisé ; ils expliquent ces faits par le mécanisme suivant : une contusion violente détermine par contre-coup (Erschütterung) la déchirure d'un foyer de tuberculose enkysté et latent : des bacilles sont mis en liberté et transportés, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine, en un point quelconque de l'organisme, où ils donnent naissance à un foyer tuberculeux secondaire. Ce que nous savons de la rapidité avec laquelle l'organisme se débarrasse des bacilles introduits dans la circulation générale, à moins que ceux-ci ne soient en très grande quantité ou d'une virulence toute spéciale, nous autorise à n'accepter cette opinion qu'avec les plus extrêmes réserves ; d'autant que ce mécanisme, possible il est vrai au point de vue théorique, ne saurait jamais être démontré scientifiquement, et n'aura jamais que la valeur d'une hypothèse.

b) Traumatisme créateur. — La tuberculose traumatique vraie, celle où le traumatisme a véritablement créé la tuberculose d'une façon absolue, existe pourtant. Elle ne soulève d'ailleurs aucune espèce de difficulté

pathogénique : il s'agit alors d'une inoculation directe ou indirecte de bacilles de Koch au point traumatisé. L'inoculation directe peut se produire dans les cas de tubercule anatomique d'inoculation, qui s'observent à peu près exclusivement chez les sujets appelés de par leur profession à manier des substances contenant des bacilles de Koch virulents : médecins blessés au cours d'une autopsie de tuberculeux, infirmiers blessés par les fragments d'un crachoir ayant contenu des crachats tuberculeux, boucher blessé en transportant des viandes tuberculeuses : que cette tuberculose reste locale ou se généralise, elle est bien toujours une tuberculose traumatique vraie. Ou bien il peut s'agir d'une inoculation indirecte : un sujet porteur d'un foyer traumatique, pulmonaire par exemple, peut être l'objet d'une infection hospitalière aérienne ; c'est en vue de cette possibilité d'infection hospitalière que Guder recommandait l'isolement des malades atteints de traumatisme thoracique. Toutefois des cas semblables ne sauraient être l'objet d'une démonstration scientifique, car on ne saurait, dans ces cas, démontrer l'absence d'un foyer pulmonaire latent.

§ 2. — Applications à l'étude pathogénique de la tuberculose pulmonaire traumatique

Par l'application des données précédentes à la tuberculose pulmonaire traumatique, on peut dès lors établir quelle que soit la cause du traumatisme, 3 grandes divisions pathogéniques suivant que l'on considère le traumatisme comme :

1° Créateur.

2° Révélateur d'une tuberculose latente.

3° Aggravateur d'une tuberculose en évolution.

Scientifiquement, ce n'est que la 1re variété, celle où le traumatisme est vraiment créateur qui puisse recevoir le nom de tuberculose traumatique : ce n'est que dans ce cas qu'il joue vraiment le rôle de cause déterminante ; dans les deux autres cas, que le traumatisme ait été révélateur ou aggravateur, on ne peut parler scientifiquement de tuberculose traumatique que par une sorte d'abus de langage, le traumatisme ne jouant alors qu'un rôle très secondaire au point de vue de la pathologie générale. Nous verrons, dans un autre chapitre, qu'il est loin d'en être de même au point de vue pratique.

1° Traumatisme créateur. — Les cas de tuberculose traumatique vraie, où le sujet était absolument indemne de tuberculose avant l'accident, représentent des faits absolument exceptionnels ; nous devons ajouter également qu'ils ne peuvent guère qu'être soupçonnés, étant donné qu'il est matériellement impossible de faire la preuve qu'un sujet est absolument indemne de tuberculose ; on peut néanmoins considérer comme tel le cas rapporté par Letulle ; au cours de la discussion qui suivit le rapport de Küss sur l'origine de la tuberculose pulmonaire (1905), Letulle cita le cas d'un de ses externes, qui, s'étant blessé à la main en faisant l'autopsie d'un tuberculeux, contracta un tubercule anatomique, suivi de généralisation ganglionnaire au coude et à l'aisselle et enfin de tuberculose pulmonaire.

Quant aux cas de soi-disant tuberculose traumatique primitive, tels que le cas de Mendelssohn rapporté par

Stern, les cas de Traube, de Grosse, de Gebauer, ils ne sauraient entraîner une conviction absolue, la plupart étant fondés sur le seul fait que l'examen du poumon fait le jour de l'accident n'avait révélé aucune lésion tuberculeuse, constatation absolument insuffisante pour écarter absolument l'hypothèse d'une tuberculose latente.

Néanmoins, la possibilité de la tuberculose primitive n'est pas niable : le seul fait à retenir, c'est qu'elle est tellement rare qu'elle est négligeable pratiquement, et aussi qu'elle est indémontrable.

2° Traumatisme révélateur. — Il n'en est pas de même de la tuberculose latente révélée par un traumatisme : ce mécanisme est corroboré par un très grand nombre d'observations inattaquables, et il correspond à un groupe de faits fréquents dans la pratique et qui constituent les cas les plus intéressants de la tuberculose pulmonaire traumatique.

Tous les médecins sont actuellement familiarisés avec l'idée de la fréquence de foyers tuberculeux absolument latents chez des sujets parfaitement robustes et bien portants ; foyers que l'on retrouve avec une extrême fréquence au cours des autopsies d'individus de tout âge morts des affections les plus variées.

De nombreux auteurs ont confirmé par des statistiques éloquentes la fréquence de ces tuberculeux latents (Grawitz, Letulle). Vibert, sur 131 autopsies de sujets ayant succombé à une mort violente, faites à la Morgue, a trouvé dans 25 cas, chez des adultes de 22 à 55 ans, des tubercules pulmonaires, la plupart à l'état crétacé.

Les chiffres de pourcentage varient d'ailleurs beaucoup suivant les auteurs :

Heilter estime la fréquence de la tuberculose latente à 4,8 °/₀, Grawitz à 25 °/₀, Birch-Hirschfeld à 26 °/₀. Les statistiques les plus élevées sont celles de Burkhardt (91 °/₀) et celle de Nœgeli (97 °/₀). Ces deux dernières statistiques ont d'ailleurs été critiquées par Cornet comme provenant de statistiques hospitalières, composées de sujets de 18 à 40 ans, âge auquel la tuberculose constitue la cause de mort la plus fréquente ; il s'agissait en outre, de sujets de la classe pauvre où la tuberculose est particulièrement fréquente.

Mais l'application des réactions à la tuberculine est venue encore confirmer de façon éclatante la fréquence des tuberculoses latentes : les résultats positifs, consécutifs à la cuti-réaction ou à l'intradermo-réaction sont en effet d'une telle fréquence chez les adultes, qu'on peut les considérer presque comme normales, de telle sorte que l'introduction de ces méthodes biologiques, d'une précision et d'une sensibilité extrêmes, ont permis d'établir qu'il existe, au moins dans les grandes villes, une sorte d'infection bacillaire latente quasi-physiologique.

Le rôle d'un traumatisme survenant chez de tels individus, en puissance de tuberculose, devient dès lors très facile à comprendre ; une contusion thoracique vient créer dans le voisinage ou au niveau même d'un foyer latent, une déchirure pulmonaire ; le parenchyme pulmonaire est dilacéré, les vaisseaux sont ouverts, il se forme un foyer hémorragique plus ou moins étendu en communication directe avec le foyer tuberculeux ; les bacilles de Koch trouveront dans ce foyer d'excellentes conditions de développement, grâce aux déchirures vas-

culaires, ils pourront étendre leur action à toute la périphérie du foyer traumatique, réalisant de cette façon la brusque diffusion, dans une région parfois fort étendue, d'une infection qui, avant l'accident, sommeillait en un point extrêmement petit, et qui avait beaucoup de chances de rester indéfiniment latente ou même de guérir anatomiquement d'une façon complète par transformation fibreuse ou crétacée.

3° Traumatisme aggravateur. — Son existence, parfaitement démontrée en ce qui concerne les tuberculoses chirurgicales et les tuberculoses articulaires tant par l'expérimentation que par l'observation clinique, est également indéniable au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue théorique, son action est identique à celle du traumatisme révélateur ; mais nous verrons qu'en pratique, son importance est loin d'être la même.

Le traumatisme joue dans ce cas le rôle de cause occasionnelle dans l'apparition d'une de ces formes aiguës, si fréquemment observées spontanément et en dehors de toute cause appréciable au cours de la tuberculose pulmonaire et sur lesquels Bezançon et H. de Serbonnes ont tout récemment attiré l'attention sous le nom de poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

La tuberculose pulmonaire traumatique peut s'observer à la suite de traumatismes variés que l'on peut classer en 3 groupes principaux :

1° *La contusion pulmonaire* résultant, soit d'un choc direct de la cage thoracique accompagné ou non de fracture de côte, soit beaucoup plus rarement d'une plaie pénétrante de poitrine ;

2° *L'effort*, cause souvent invoquée, mais pour l'acceptation de laquelle il faut une très grande prudence ;

3° *Les traumatismes agissant indirectement*, soit en provoquant l'infection hospitalière d'un sujet hospitalisé pour une cause quelconque, soit en déterminant par leur action dépressive sur la totalité de l'organisme, l'aggravation d'une tuberculose en évolution. Ces cas sont dans la pratique très difficiles à interpréter.

De ces trois groupes de causes il en est un qui est de beaucoup le plus important, c'est la contusion pulmonaire. Ce n'est guère en effet que dans le cas où la tuberculose pulmonaire succède à une contusion thoracique que l'expert peut arriver à établir des conclusions précises et indiscutables, toutes les autres causes étant en

général fort difficiles à relier aux accidents pulmonaires consécutifs.

§ 2. — Contusion pulmonaire.

Etant donné l'importance primordiale de cette lésion dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire traumatique, il est de toute nécessité d'en connaître le mécanisme et les lésions.

Les déchirures pulmonaires peuvent être consécutives à un traumatisme thoracique suivi de fracture de côte : le cas est fréquent, le mécanisme de la lésion est évident.

Mais plus intéressantes sont, au point de vue qui nous occupe, les déchirures pulmonaires sans fracture de côte consécutives aux contusions profondes du thorax. Leur étude a fait l'objet d'une thèse très documentée de Dionis du Séjour (Paris 1901). Le mécanisme de ces lésions a été l'objet de nombreuses théories : la difficulté est en effet de déterminer quel est le point d'appui grâce auquel une contusion de la cage thoracique, sans lésion du squelette, peut déterminer une déchirure pulmonaire.

Gosselin pensait que ce point d'appui était fourni par une résistance à l'expulsion de l'air intra-pulmonaire occasionnée par la fermeture de la glotte à l'occasion de l'effort instinctif que fait l'individu au moment de l'accident. M. Peyrot pense que le point d'appui est constitué non pas par l'air mais par le sang contenu dans le parenchyme pulmonaire. La théorie invoquée par Dionis du Séjour nous semble la plus logique et la plus vrai-

semblable. Il admet que le point d'appui est fourni par l'air même contenu dans les alvéoles pulmonaires et il base sa théorie en un fait d'observation courante : « l'impossibilité où l'on se trouve de chasser d'un seul coup l'air ou le gaz contenu dans un récipient à parois souples et élastiques, communiquant librement par un orifice relativement étroit avec l'extérieur ».

Un autre fait sur lequel plusieurs auteurs ont insisté est que ces déchirures pulmonaires se produisent beaucoup plus facilement sur des poumons qui ont perdu leur élasticité normale et qui se laissent rompre ainsi plus facilement, soit par suite d'un état congestif, soit par suite d'une induration telle que peut en produire l'infiltration bacillaire « Dans les contusions du thorax, le poumon ne devient le siège de lésions graves que quand il présente des altérations antérieures au traumatisme, altérations le plus souvent d'ordre congestif, qui communiquent au parenchyme pulmonaire une friabilité anormale » (Dionis du Séjour).

La tuberculose pulmonaire crée donc une prédisposition évidente aux déchirures pulmonaires par contusion,

Quoi qu'il en soit des théories invoqués, la déchirure pulmonaire par contusion thoracique est un fait certain. Elle arrive à produire de graves lésions du parenchyme, que leurs caractères permettent de désigner d'une façon très exacte sous le nom de *cavernes traumatiques*. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la description suivante de lésions pulmonaires observées par Sourdille chez un sujet décédé huit jours après une violente contusion thoracique (coup de pied de cheval sous l'aisselle gauche) :

Au niveau du point du thorax contusionné les téguments offrent une légère teinte ecchymotique ; il existe une légère attrition des tissus sous-cutanés avec infiltration sanguine. *Pas de fractures de côtes.* A l'ouverture de la paroi, la cavité pleurale gauche contient environ deux litres de liquide séro-sanguinolent. Le poumon gauche est rétracté contre la colonne vertébrale son sommet adhère à la paroi par de fausses membranes épaisses, mais molles, faciles à détacher ; ces fausses membranes, qui existent sur toute la plèvre pariétale et viscérale, sont constituées par de la fibrine légèrement teintée de sang. Le lobe inférieur est dans un état marqué d'atélectasie, le lobe supérieur est congestionné et présente les lésions suivantes : à sa surface la plèvre est recouverte de fausses membranes, mais ne présente aucune solution de continuité ; *à l'œil et au doigt on constate, dans la partie latérale de l'organe, au niveau du point où le thorax a été contusionné, une poche fluctuante ; cette poche, ouverte au ciseau, laisse écouler environ 200 gr. de sang noirâtre mêlé de caillots. Cette cavité présente à peu près les dimensions d'un gros œuf de dinde ; elle est située en plein parenchyme pulmonaire et recouverte extérieurement par la plèvre épaissie et par une couche de tissu pulmonaire de 2 à 3^{mm} d'épaisseur. Les parois sont déchiquetées, irrégulières, anfractueuses ; on y voit la section de plusieurs bronchioles ; une de ces bronches rompues a un calibre de 4^{mm} de diamètre ; on n'y aperçoit pas de lumière de gros vaisseaux.*

On voit par cette description qu'un traumatisme, qui semblerait peu grave si l'on s'en tenait aux résultats fournis par l'examen du squelette, peut produire d'énormes lésions pulmonaires et l'on voit combien ces lésions sont, par leur nature, propres à favoriser le développement d'une infection pulmonaire quelconque, d'une infection tuberculeuse en particulier.

Il est possible, quoique le fait soit rare, d'observer de telles lésions assez loin du point de la cage thoracique

qui a reçu le traumatisme, ce qui ne doit pas étonner si l'on admet la théorie adoptée par Dionis ou Séjour; ce fait a une très grosse importance pratique, car il permet de ne pas rejeter *a priori* les rapports de cause à effet entre un traumatisme et une lésion pulmonaire consécutive quand on observe que cette lésion est située loin du point d'application de la force extérieure. C'est ainsi que Stern rapporte le cas d'un homme de bonne santé antérieure, mort au bout de six jours, à la suite d'un coup violent ayant porté sur le côté droit de la poitrine. Les lésions inflammatoires pulmonaires, très prononcées à gauche, l'étaient beaucoup moins à droite. Plus convaincante encore est l'observation suivante empruntée à Vibert :

La femme B..., enceinte de près de 9 mois, s'est précipitée dans la rue par la fenêtre d'un sixième étage. Fractures multiples du crâne et des os de la face, fracture ouverte du fémur droit. *Fractures des 2e, 3e, 4e, 5e côtes droites. Les côtes gauches sont intactes.* Les deux poumons présentent de nombreuses ecchymoses et des infarctus hémorrhagiques. *La lésion la plus étendue se trouve sur la partie externe et inférieure du poumon gauche : elle consiste en un épanchement sanguin sous-pleural, verticalement dirigé, long de 8 centimètres, large de 3 centimètres et surmonté d'une vaste bulle d'emphysème qui occupe toute son étendue.* Aucun viscère abdominal, sauf l'utérus qui est déchiré, ne présente de lésions.

Ainsi, bien que les lésions squelettiques du thorax soient uniquement localisées au côté droit, c'est le poumon gauche, dans sa partie externe, qui présente le maximum des lésions : elles ont donc eu lieu loin du point d'application du traumatisme, et ne peuvent guère être expliquées que par la commotion, c'est-à-dire par choc indirect.

Nous avons déjà signalé l'opinion couramment admise en Allemagne, que des lésions analogues peuvent succéder

par contre-coup (Erschütterung) à un traumatisme violent portant sur un point quelconque du corps ; mais à l'appui de cette opinion il n'existe aucun fait précis ; cette proposition doit être classée dans le groupe des hypothèses non démontrées et jusqu'à preuve du contraire, il faut admettre que, *pour qu'il y ait contusion pulmonaire, il faut qu'il y ait eu traumatisme thoracique ;* il faut donc rejeter de l'étiologie de la tuberculose pulmonaire traumatique les traumatismes éloignés de la cage thoracique, ou, tout au moins, ne les admettre que comme causes très secondaires et indirectes, c'est-à-dire fort discutables.

Il est nécessaire de mentionner encore une autre cause de contusion pulmonaire pouvant provoquer le développement d'une tuberculose pulmonaire traumatique. Ce sont les plaies pénétrantes de poitrine, coup de feu, ou plaies par armes blanches. Le fait est d'ailleurs tout à fait rare et il n'en existe que très peu d'exemples.

Lebert cite le cas d'un individu de 31 ans qui reçut un coup de couteau dans le côté droit de la poitrine ; aussitôt après l'accident, il eut une hémoptysie abondante, puis commença peu après à présenter tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique.

Mendelssohn cite de même le cas d'un sujet de 23 ans qui reçut dans la fosse sus-épineuse gauche un coup de couteau profond. Six mois environ après ce traumatisme, il présenta des symptômes fort nets de tuberculose pulmonaire avec prédominance des lésions au sommet gauche.

Quelle que soit la variété de contusion pulmonaire à laquelle on ait affaire, les symptômes immédiatement

consécutifs à l'accident sont presque toujours les mêmes.

L'*hémoptysie traumatique* en est le symptôme le plus fréquent et le plus important à rechercher. Son apparition après une plaie pénétrante ou après une fracture de côte, n'a jamais été contestée par personne ; mais, par contre, certains auteurs ont pensé que les hémoptysies, survenant à la suite d'une contusion thoracique sans lésions du squelette, devaient être considérées comme tuberculeuses, le traumatisme jouant le rôle de cause occasionnelle ; il suffit de lire la description des énormes lésions que peut produire une contusion thoracique, telles que celles que l'on trouve relatées dans l'observation de Sourdille, citée plus haut, pour convaincre que l'hémoptysie traumatique par contusion thoracique simple, ne saurait être un vain mot, et qu'elle doit être admise même chez les sujets ne présentant aucune trace de tuberculose pulmonaire. Ces hémoptysies jouent certainement un grand rôle dans l'éveil d'une tuberculose latente, non pas par elles-mêmes, mais par la déchirure pulmonaire dont elles sont la manifestation.

Si l'antique conception de Morton de la *phtisis ab hemoptoæ* est discutable en ce qui concerne les hémoptysies spontanées, elle semble bien répondre à quelque chose de réel si l'on envisage les hémoptysies traumatiques.

L'hémoptysie traumatique se manifeste en général dans les premières heures qui suivent l'accident, mais elle peut être plus tardive et n'apparaître que 5 à 6 jours après le traumatisme. D'habitude elle disparaît spontanément au bout de 8 à 12 jours, mais elle peut se pro-

longer beaucoup plus longtemps. Lorsqu'on la voit persister après plusieurs semaines, il est difficile, dès lors, d'admettre que le traumatisme soit seul en cause, et il est bien probable que l'hémoptysie a cessé d'être purement traumatique et s'est transformée graduellement en une hémoptysie tuberculeuse.

De ces considérations sur la contusion pulmonaire, un fait doit être retenu, c'est qu'elle constitue la cause fondamentale de la tuberculose pulmonaire traumatique vraie, *cause en l'absence de laquelle il est à peu près impossible de conclure à un rapport de cause à effet direct et certain entre le traumatisme et la tuberculose consécutive.*

§ 2. — Effort.

La tuberculose pulmonaire traumatique consécutive à un effort est infiniment plus discutable, et lorsque cette cause est invoquée pour expliquer l'apparition d'une tuberculose pulmonaire, il faut être extrêmement prudent dans ces conclusions.

Ce n'est pas le moment de discuter ici ce que l'on doit entendre par effort, ni d'établir où commence l'effort exagéré ; c'est là une question purement médico-légale qui trouvera naturellement sa place dans les chapitres suivants ; nous nous bornerons à discuter ici, théoriquement, la valeur de l'effort comme circonstance étiologique.

Celui-ci peut être invoqué soit comme cause unique, soit comme ayant occasionné une hémoptysie, suivie elle-même de symptômes de phtisie.

Dans le premier cas, l'effort doit être rejeté d'une

façon absolue ; il est matériellement impossible d'établir, théoriquement et pratiquement, le rôle d'un simple effort sur l'évolution d'une bacillose pulmonaire.

Dans le cas d'effort suivi d'hémoptysie, les choses sont plus complexes ; et tout d'abord une question se pose : un effort peut-il déterminer une hémoptysie chez un sujet sain ?

Un certain nombre d'auteurs allemands répondent par l'affirmative. Thiem cite à l'appui de cette opinion un certain nombre de faits, malheureusement peu convaincants, car ils sont impuissants à entraîner la conviction que les sujets dont il rapporte l'histoire n'étaient pas des tuberculeux latents. Il n'existe en réalité aucun fait précis permettant de répondre affirmativement à la question, et il semble beaucoup plus conforme aux enseignements journaliers de la clinique d'admettre que toute hémoptysie par effort est une manifestation d'une tuberculose en évolution plus ou moins latente.

Ceci établi, il n'en reste pas moins vrai que l'hémoptysie par effort, comme toute hémoptysie d'ailleurs, crée dans le sein du parenchyme pulmonaire un foyer hémorragique, une sorte de traumatisme interne très capable de hâter l'évolution d'une tuberculose en évolution. Le rôle *aggravateur* de l'hémoptysie par effort ne saurait être nié d'une façon absolue, mais ce rôle ne saurait être qu'aggravateur.

Dans le même groupe que l'effort, on peut admettre, comme pouvant déterminer l'aggravation d'une tuberculose, les *accidents de décompression* observés chez les ouvriers qui travaillent dans les caissons. Nous rapporterons un cas semblable dans la suite.

§ 3. — **Traumatismes agissant indirectement.**

Nous ne reviendrons pas sur cette question, nous contentant de rappeler que, théoriquement au moins, il est impossible de nier qu'un traumastisme général ne puisse déterminer un état de dépression de l'organisme, favorisant l'aggravation d'une tuberculose en évolution ; de même doit être admise la possibilité d'une infection hospitalière chez des sujets mis en état de moindre résistance par un traumatisme grave.

Ces cas, qui, par leur diversité, échappent à toute étude d'ensemble, et qui rentrent dans l'étude des complications générales des traumatismes, ne sont signalés ici que pour mémoire ; il ne s'agit pas ici de tuberculose pulmonaire traumatique proprement dite.

CHAPITRE IV

Classification des principaux types de tuberculose pulmonaire traumatique.

On pourrait, à propos de la tuberculose pulmonaire traumatique, décrire la plupart des formes de la tuberculose pulmonaire. En réunissant les observations nombreuses publiées à ce sujet, on peut voir que toutes les formes cliniques y sont représentées.

La tuberculose ulcéreuse vulgaire à évolution progressive et chronique constitue le type le plus fréquent. Puis, à côté d'elle, on voit décrits des types de *tuberculose fibreuse* à évolution extrêmement lente et avec prédominance des symptômes hémoptoïques. Ailleurs, ce sont des *pneumonies ou broncho-pneumonies caséeuses* d'une évolution particulièrement rapide et grave ; très fréquemment aussi, on voit se réaliser d'une façon parfaite le type de ces *poussées évolutives*, au cours d'une forme chronique décrites récemment par F. Bezançon et H. de Serbonnes. Dans d'autres cas, très rares d'ailleurs, et qu'il est très difficile de rattacher au traumatisme autrement que par un simple rapport de coïncidence (Jeanbrau), on assiste à l'évolution d'une *tuberculose miliaire généralisée.*

Plus importantes dans la pratique sont les *formes post pleurétiques*, celles où une pleurésie traumatique constitue l'intermédiaire entre le traumatisme et les manifestations pulmonaires ; ces formes, d'un intérêt médico-légal particulier, seront étudiées spécialement.

Mais, d'une façon générale, toutes les formes qui viennent d'être énumérées et qui peuvent succéder au traumatisme, ne diffèrent en aucune façon des formes correspondantes que l'on observe dans la pathologie courante, aussi bien par les symptômes que par l'évolution et le pronostic : dans tous les cas on retrouve cette irrégularité dans les manifestations symptomatiques et cet imprévu dans l'évolution, qui sont une des caractéristiques de la tuberculose pulmonaire.

Somme toute, si l'on compare la plupart des observations de tuberculose pulmonaire traumatique aux cas correspondants décrits dans la pathologie courante, on ne peut saisir entre ces différents cas d'autre différence que le mode de début, souvent d'ailleurs assez mal établi dans un grand nombre d'observations anciennes.

Ce n'est donc pas dans l'étude clinique pure qu'il nous faut rechercher l'intérêt véritable de la tuberculose pulmonaire traumatique ; cette considération suffit à expliquer l'indifférence manifestée à ce sujet par la plupart des auteurs qui ne se sont pas placés au point de vue un peu spécial de la pathologie des accidents du travail, et qui, étudiant la tuberculose au point de vue clinique, se sont contentés en général de citer en passant le traumatisme comme cause occasionnelle, sans y attacher d'importance.

La situation du médecin chargé d'une expertise sur un

cas de tuberculose pulmonaire traumatique, est en effet différente de celle du clinicien qui observe jour par jour, depuis l'époque de l'accident et pendant toute l'évolution des symptômes, un malade qui, n'étant pas en général un accidenté du travail, coopère avec bonne volonté, par la précision des renseignements qu'il fournit, à l'œuvre scientifique du médecin.

L'expert, par contre, ne voit le malade que plusieurs mois, quelquefois plusieurs années après l'accident ; souvent il ignore tout de ce qui s'est passé depuis l'accident, ou bien il n'a, pour se renseigner sur ce point, que les dires intéressés et par conséquent suspects des blessés, ou bien des certificats médicaux très souvent laconiques et négligeant un grand nombre de détails précieux. Souvent aussi il se trouve en présence de certificats médicaux absolument contradictoires soit entre eux, soit avec les dires du blessé : s'il veut se renseigner sur l'état de santé du blessé avant l'accident, il retrouve les mêmes incertitudes, les mêmes contradictions, le blessé cachant soigneusement tous les antécédents qu'il croit de nature à faire diminuer l'indemnité qu'il attend.

L'expert, pour surmonter toutes ces difficultés, doit apporter, en plus d'une éducation clinique accomplie, car l'on ne saurait être un bon expert que si l'on est avant tout un bon médecin, un certain nombre de qualités d'esprit qui sont, dans la clinique journalière, d'une utilité moins immédiate. Tout en restreignant ses recherches dans un domaine strictement médical, il lui est parfois nécessaire, pour arriver à recueillir des renseignements suffisants, d'organiser de véritables petites enquêtes. Parfois il lui faut interroger avec habileté les

témoins, et il doit apprendre à critiquer avec rigueur les divers témoignages qu'il recueille et qui sont très souvent contradictoires et presque toujours d'une valeur fort contestable.

Nous avons eu la bonne fortune d'étudier de près à ce point de vue strictement médico-légal, comme élève de l'Institut médico-légal de Paris, un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire traumatique et M. le Professeur Thoinot a bien voulu nous communiquer les rapports en tous points remarquables rédigés par lui au sujet de ces malades et d'un certain nombre d'autres soumis à son expertise dans le cours de ces dernières années.

Ces rapports, dans lesquels on peut retrouver les principaux types qui se rencontrent dans la pratique, donnent un exposé des difficultés de toutes sortes rencontrées au cours des expertises, et indiquent en même temps les solutions à y apporter dans les différents cas ; ils constituent de la sorte des documents plus instructifs que de simples observations cliniques qui sont insuffisantes à faire comprendre les difficultés, mais aussi le très grand intérêt de la pratique médico-légale.

En se plaçant de la sorte au point de vue pratique, on arrive à établir entre les différents cas des divisions très différentes de celles que l'on pourrait établir en ne considérant que le côté clinique.

C'est ainsi que l'on doit distinguer :

1° *Les tuberculoses pulmonaires traumatiques typiques*, c'est-à-dire celles où le rôle étiologique de l'accident est absolu, non pas qu'il ait créé la tuberculose au sens théorique du mot, ce qui, nous le savons, n'est pas

possible, mais parce qu'il a fait d'un tuberculeux latent, ayant toutes les chances de jouir très longtemps d'une bonne santé, un tuberculeux avéré, incapable de travail, et qu'il a par conséquent créé pratiquement la tuberculose.

2° *Les tuberculoses pulmonaires traumatiques atypiques*, pour lesquelles le traumatisme ne peut être considéré comme créateur, mais simplement comme aggravateur ; ce groupe réunit des cas assez disparates, ceux où l'existence de l'accident est douteuse, ceux où le sujet était tuberculeux avéré avant l'accident et ceux où il est difficile de conclure, faute de documents suffisants.

3° *Les tuberculoses pulmonaires consécutives aux pleurésies traumatiques* constituent un groupe important et qui doit être étudié à part.

4° *Les fausses tuberculoses pulmonaires traumatiques*, c'est-à-dire celles où toute influence exercée par le traumatisme sur l'évolution de la maladie doit être rejetée. Ces cas sont très fréquents dans la pratique.

Nous ne rapporterons pas les nombreuses observations déjà publiées, un certain nombre ne sont que de pures observations cliniques, les autres, qui comportent une discussion médico-légale et qu'il est facile de retrouver (voir Bibliographie), peuvent aisément être rangées dans les catégories qui viennent d'être établies.

I. — Tuberculose pulmonaire traumatique typique.

L'exposé des cas qui vont suivre établira mieux que toute description théorique, les caractères fondamentaux de la tuberculose pulmonaire traumatique typique.

Observation I (Inédite). — *Malade étudié par nous à l'Institut médico-légal ; rapport de M. le Prof[r] Thoinot.*

Bonne santé antérieure. — Contusion du thorax à droite. — Hémoptysie immédiate consécutive. — Apparition des premiers symptômes de tuberculose pulmonaire 2 mois 1/2 après l'accident. — Expertise 3 mois après l'accident.

H.. , âgé de 25 ans, ayant exercé jusqu'à son accident la profession d'homme d'équipe, allègue que le 2 novembre 1910, il a été tamponné entre deux wagons ; c'est la poitrine du côté droit qui a supporté le choc. Il était sept heures du soir. Il a craché du sang en abondance pendant toute la nuit, mais au matin, les crachats cessèrent.

Le 15 janvier seulement, c'est-à-dire près de deux mois après l'accident, il a de nouveau eu des crachements de sang. Ces crachements ont continué pendant plusieurs jours ; ils n'étaient pas abondants ; c'étaient, dit le blessé, quelques caillots de sang. Puis les crachements ne se reproduisirent plus.

Aussitôt après son accident, H.. a été transporté à l'hôpital Lariboisière où il demeura pendant 22 jours, soit jusqu'au 24 no-

vembre ; puis il rentra à son domicile, et depuis lors, il n'a reçu aucun soin médical. Il n'a pas repris le travail ; il ne pourrait supporter actuellement un travail pénible, car dès qu'il fait un effort, il est essoufflé ; il ressent de façon persistante une douleur au-dessous du sein droit ; il a maigri beaucoup à un certain moment, mais, depuis, il a repris quelque peu d'embonpoint et il ne se plaint point de son état général. Il a un bon appétit. Il a de temps à autre quelques sueurs nocturnes, mais il ne semble pas que ce phénomène ait grande importance. Il ne tousse pas le jour, il tousse seulement la nuit, mais toute la journée il crache assez abondamment, sans toux, sans effort.

Il ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire morbide qui soit digne d'être signalé.

Au dossier, nous trouvons des pièces médicales fort importantes; ce sont :

1° Un certificat qui a été délivré à H .. le 15 novembre 1910, à l'hôpital Lariboisière. Dans ce certificat il est dit que l'on a constaté chez H... :

Une douleur à la palpation de la partie droite et inférieure du thorax, sans ecchymose ;

Une absence de fracture costale perceptible ;

Une hémoptysie que le blessé a eue dans la soirée de l'accident ;

Des signes de pneumonie traumatique légère qui se sont déclarés dans un délai de 7 jours après l'accident et qui ont été caractérisés par un mouvement fébrile avec douleurs dans la région contuse, et un souffle à l'auscultation.

2° Note du Dr P. — Il est dit dans cette note, en date du 8 décembre 1910, qu'il n'y a chez H. . aucune lésion du squelette ; il n'existe chez lui qu'une différence fonctionnelle entre les deux poumons, reliquat apparent de la pneumonie traumatique signalée dans le certificat délivré à l'hôpital Lariboisière.

3° Note du Dr L .., en date du 10 décembre 1910. — Le Dr L... déclare que H .. présente actuellement du côté droit de la poitrine une lésion pulmonaire qui apparaît soit comme le reliquat d'une affection pleuro-pulmonaire récente, consécutive à un traumatisme, soit comme un début d'affection pulmonaire dont la nature est

tout à fait étrangère à l'idée de traumatisme. « Si la première « hypothèse est juste, dit le Dr L..., cette lésion s'améliorera et « guérira dans quelques mois. Si la seconde, au contraire, est vraie, « il est à craindre qu'elle ne fasse des progrès continus d'une « marche égale ou par à coups successifs. »

C'est dire en d'autres termes que H. . présentait, lorsque le Dr L... l'a examiné, des signes pulmonaires que celui-ci a considérés comme étant, soit le reliquat de son foyer pleuro-pulmonaire, soit l'indice d'une bacillose débutante.

Examen du sieur H... le 17 février 1911 :

Le sieur H. . est un individu qui paraît d'assez bonne santé générale, tout au moins ne présente-t-il actuellement aucun amaigrissement ; il est bien musclé.

Il n'y a pas chez lui de déformation thoracique. On trouve, il est vrai, une dépression sous-claviculaire exagérée, mais cette dépression est bilatérale et c'est là affaire de conformation naturelle chez le sieur H...

Nous avons vainement cherché une lésion du squelette thoracique, mais nous n'en avons pas trouvé à la palpation.

Le blessé indique un point douloureux persistant au dessous du sein droit ; c'est là que le traumatisme a porté, c'est là qu'a siégé d'après lui son point de côté pneumonique après l'accident, et c'est pour lui le reliquat principal de l'accident ; nous n'avons trouvé de lésions ni des parties molles, ni du squelette à cet endroit.

Nous avons apporté naturellement une attention toute particulière à l'examen pulmonaire chez le sieur H. . et voici le résumé de nos constatations.

En avant sous la clavicule, le son est normal d'un côté et de l'autre. Les vibrations et le retentissement de la voix sont exagérées du côté droit ; du même côté droit, la respiration semble un peu rude surtout à son deuxième temps (expiration).

En arrière à droite, la respiration s'est montrée plus rude. Le retentissement de la voix, les vibrations thoraciques se sont montrés augmentés, enfin il est certain qu'il existe là de temps à autre, surtout après la toux, des bruits adventices, des petits craquements auxquels on ne saurait attacher trop d'importance.

L'affaire nous a paru si importante que nous n'avons pas hésité à faire contrôler les résultats que nous donnait l'examen médical par un examen radioscopique. L'examen radioscopique a donné des résultats fort nets ; il nous a montré l'absence de toute lésion du squelette costal, et la présence de lésions aux deux sommets pulmonaires beaucoup plus marquées du côté droit que du côté gauche, au moins en avant, car, s'il faut en croire la radioscopie, en arrière, les lésions seraient beaucoup plus prononcées à gauche. Il y a là contradiction entre l'examen médical et l'examen radioscopique ; nous croyons que dans un cas pareil c'est à l'examen médical qu'il faut surtout se fier, et de l'examen médical comme de l'examen radioscopique ressort un fait certain, c'est que H... présente des lésions de bacillose pulmonaire qui paraissent surtout marquées au sommet droit, les lésions du côté gauche étant beaucoup moins prononcées, presque insaisissables par l'examen médical.

Discussion. — Le résumé de tout ce que nous venons d'exposer est le suivant :

H .. a eu le côté droit de la poitrine tamponné entre deux wagons le 2 novembre 1910. Il y a eu *contusion du poumon indubitable*, car il y a eu dans la nuit qui a suivi le traumatisme survenu à 7 heures du soir, une *série d'hémoptysies*. La contusion du poumon ne s'est pas traduite seulement par l'hémoptysie ; elle a eu encore comme symptômes à distance une *pneumonie traumatique* d'ailleurs légère ; donc, il est hors de doute qu'il y ait eu une lésion pulmonaire sérieuse le 2 novembre 1910.

Puis, il s'est fait un silence complet dans les manifestations, et, le 15 janvier seulement, c'est-à-dire *deux mois et demi environ après le traumatisme, est apparue une légère hémoptysie qui a duré trois jours*. H. . indique d'autre part quelques phénomènes généraux, des douleurs costales, de la toux nocturne, surtout des crachats, etc. ; bref, un ensemble qui fait immédiatement songer à une *bacillose au début*.

L'examen médical confirme de tous points cette première impression ; il y a évidemment atteinte des deux sommets pulmonaires, mais *atteinte beaucoup plus marquée au sommet droit*. Quelle

relation y a-t-il entre cette bacillose pulmonaire qui paraît évidente aujourd'hui et l'accident du 2 novembre 1910.

Posons d'abord en fait que cette relation ne pourra jamais être une relation créatrice réelle ; il est impossible que l'accident ait déterminé à lui seul la bacillose pulmonaire ; il ne peut y avoir qu'une relation occasionnelle, c'est-à-dire une révélation par l'accident ou bien un coup de fouet donné à une bacillose préexistante.

Il paraît établi par l'interrogatoire du blessé qu'avant son accident il était vigoureux, il avait toutes les apparences de la bonne santé générale. Il indique même un fait intéressant, c'est qu'*en 1907 et 1908 il a fait son service militaire dans les chasseurs alpins sans avoir un jour d'interruption de service, et certes, il a ainsi donné le témoignage d'une excellente santé.*

Survient l'accident du 2 novembre 1910, accident qui est nettement l'origine d'une grosse contusion pulmonaire du poumon droit. Puis, dans ce poumon droit, à quelque temps de là, des lésions de bacillose deviennent évidentes. H... perd une grande partie de sa validité et son état général correspond bien à celui qu'indique l'examen du poumon, à savoir à un début de bacillose pulmonaire. Il y a bien des lésions du poumon gauche, mais elles sont, à notre avis, infiniment moins marquées que celles du poumon droit.

Tout se passe donc ici comme si l'accident avait donné un coup de fouet à une bacillose qui sommeillait dans le poumon droit, et jusqu'à preuve du contraire — preuve qui ne pourrait être acquise que si nous avions sur H... d'autres documents que ceux que nous possédons — s'il était par exemple prouvé qu'il était souffrant avant le traumatisme du 2 novembre, qu'il avait déjà présenté des accidents pulmonaires, etc., jusqu'à preuve du contraire, disons-nous, nous nous en tenons à ladite opinion. Nous admettons donc que, entre le traumatisme du 2 novembre 1910 et l'état actuel, il y a une relation de cause à effet, au moins une relation occasionnelle, que le traumatisme n'a pas créé l'état actuel, mais qu'il lui a donné un coup de fouet, qu'il a fait entrer une affection latente en évolution.

Mais il reste encore bien des difficultés. La première nous semble

être dans une affirmation trop absolue. Nous croyons bien, après avoir examiné soigneusement H.. , après nous être fait aider d'une radioscopie, que les choses sont bien ce que nous disons ; nous croyons surtout qu'il ne s'agit pas dans les manifestations pulmonaires actuelles de véritables reliquats directs de la pneumonie traumatique de H..., car s'il s'agissait d'un pareil reliquat, c'est au point où a siégé vraisemblablement cette pneumonie, c'est-à-dire en plein poumon droit que nous aurions trouvé ce reliquat. Or il n'existait point, ni à l'examen direct, ni à l'examen radioscopique. Nous croyons bien que ce que nous constatons, ce sont des manifestations bacillaires, mais nous demandons à revoir le malade pour porter une affirmation absolue. Le nouvel examen que nous sollicitons sera à tous points de vue fort intéressant, car non seulement il nous renseignera sur le fait même des lésions bacillaires, mais il nous renseignera aussi sur leur évolution et il contribuera à lever une des principales difficultés que nous rencontrons dans le cas actuel, si épineux comme tous les cas de tuberculose dite traumatique, à savoir l'appréciation réelle du dommage causé. *Si la poussée déterminée par le traumatisme s'éteint, la responsabilité de l'accident sera moindre assurément que si la poussée continue sa marche progressive.*

Conclusions. — 1° Le sieur H..., a subi, le 2 novembre 1910, une lésion traumatique du poumon droit ; cette lésion traumatique s'est traduite par une hémoptysie immédiate et une pneumonie de contusion légère, apparaissant dans un délai de quelques jours.

2° Puis, à quelque temps de là, le sieur H... a commencé à présenter des signes de bacillose pulmonaire surtout droite au début, signes qui sont, à notre avis, nettement constatables à l'heure actuelle.

3° Nous croyons que le cas actuel est de ceux où l'on peut et où l'on doit sans invraisemblance établir une relation de cause à effet, au moins occasionnelle, entre l'accident et l'état général. Nous ne voulons point dire que l'accident ait été le créateur de l'état actuel, mais il a révélé un état latent, ou il a donné un coup de fouet à des lésions sommeillant jusque là.

4° Toutefois, dans un cas aussi épineux, il serait aventuré de vou-

loir après un premier examen, porter un jugement définitif. Il faut revoir le blessé pour acquérir la certitude que les lésions pulmonaires sont bien celles que nous soupçonnons, il faut le revoir pour établir le bilan de son état général, après quelque temps d'observation, et estimer le dommage qui lui est causé, si toutefois la relation que nous soutenons ici est admise par le Tribunal.

5° Nous demandons donc que H... soit maintenu en état d'incapacité temporaire jusqu'à nouvel examen qu'il n'y a pas lieu de fixer avant deux ou trois mois au plus tôt. Au cas où pareille solution ne conviendrait point, on pourrait consolider le blessé à l'heure actuelle, lui accorder une réduction de valeur industrielle de 15 à 20 °/₀, et dans le même délai, ou plutôt dans le délai de 6 mois à un an, on provoquerait un nouvel examen

Obs. II (Inédite). — *Malade étudié par nous à l'institut médico-légal. — Rapport de M. le Prof[r] Thoinot.*

Bonne santé antérieure. — Contusion thoracique suivie d'hémoptysie immédiate. — Apparition des signes de bacillose 3 mois 1/2 après l'accident. — Grosse incapacité permanente partielle avec révision en plus ou en moins probablement nécessaire dans la suite.

A..., âgé de 43 ans, monteur horloger, allègue qu'il a fait, le 5 avril 1907, une chute de 3 m. 50 à 4 mètres de haut. Dans la chute, il est venu heurter par la paroi thoraco-abdominale gauche antérieur un large madrier qui a arrêté la chute mais lui a produit une forte contusion. *Il a immédiatement rendu quelques crachats teintés de sang* ; il n'a pas eu de perte de connaissance et il a pu se faire reconduire en voiture à son domicile. L'accident avait eu lieu à 3 heures de l'après-midi. *A 11 heures du soir, il fut pris d'un vomissement de sang extrêmement abondant ;* le sang était rouge et la quantité évacuée est évaluée par le blessé à ce que contiendrait au moins le fond d'un chapeau rond.

Il fit appeler le D[r] L... Pendant cinq autres jours, il rendit de la même façon d'abondantes quantités de sang au moins deux fois

par jour, matin et soir. Puis tous les accidents cessèrent ou du moins parurent s'amender ; il put commencer à se nourrir ; il ne cracha plus de sang et il put partir à la campagne où il ne tarda pas à recouvrer un état général satisfaisant et à reprendre un poids que les manifestations pathologiques, ci-dessus relatées, lui avaient fait perdre rapidement.

Il rentra à Paris le 5 juillet. Le 25, les hémorragies reparaissaient aussi abondantes que la première fois ; elles durèrent pendant cinq ou six jours et cessèrent ensuite. L'état général se rétablit ; le blessé avait maigri, il engraissa de nouveau, mais il ne put reprendre le travail. En effet, ses forces tendent chaque jour à disparaître et il se sent incapable de faire le métier difficile et pénible, exigeant l'intégrité de la santé, qu'il exerçait avant l'accident.

A. . indique qu'il n'a point de fièvre, qu'il ne tousse que fort peu, qu'il a bon appétit, qu'il mange bien, qu'il n'a point de sueurs la nuit. Ce qui l'inquiète principalement, c'est la perte de forces que nous avons signalée.

Au dossier, nous trouvons un certain nombre de pièces médicales intéressantes et qui confirment les dires du blessé.

1° Une note du Dr T..., en date du 11 avril 1910 ; le dit docteur indique qu'il constate chez lui un état assez grave qui serait consécutif à une chute sur la région thoracique antérieure. Il note que, d'après les déclarations du blessé, il y a eu d'abondantes hémoptysies, et le Dr T..., dans sa visite, a vu un verre à demi rempli de crachats spumeux et sanguinolents. Il a ausculté le malade et a constaté, au poumon gauche, quelques râles disséminés, une respiration à peine perceptible dans toute la hauteur au poumon. Il pense qu'il y a chez le blessé une pneumonie traumatique.

2° Note du mode Dr T..., en date du 14 mai 1910. Le Dr T.. indique que le blessé n'a pas eu de nouvelles hémoptysies, mais on constate dans le poumon gauche, en haut et en avant, et sur toute la hauteur en arrière, des râles sous-crépitants avec obscurité respiratoire. Les mêmes signes se remarquent à la base droite en arrière. Il est à craindre — dit le Dr T... — que ce blessé ne se tuberculise, et il conseille le séjour à la campagne.

3° Note du Dr G..., en date du 29 juillet 1910. « Il est, dit-il, en « proie à des hémoptysies graves qui forcent d'ajourner tout exa « men, car il serait dangereux de soumettre A... à un examen « dont les manœuvres occasionneraient des mouvements, l'hémor- « ragie étant telle que le moindre effort pourrait déterminer des « accidents ».

Le Dr G... note qu'en dehors des hémoptysies il n'y a pas de toux, il n'y a pas d'expectoration, et il n'y a pas de température.

4° Note du Dr M ..., en date du 15 octobre. Il note de gros râles dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière et en avant. Il note du côté droit, en arrière et en avant, une expiration prolongée. Il indique que le blessé a meilleure apparence, qu'il n'y a pas eu d'hémoptysies chez lui depuis le 30 juillet.

A ces pièces extraites du dossier, nous ajouterons les renseignements que nous a donnés oralement le Dr L... Celui-ci confirme les indications données par le blessé. Il a assisté aux hémoptysies du mois d'avril comme aux hémoptysies du mois de juillet ; il a constaté à ce moment des signes caractéristiques d'une congestion pulmonaire.

L'examen nous a donné les résultats suivants :

Le sieur A... est de grande taille. Il ne présente pas un aspect morbide bien caractérisé ; il n'est pas amaigri, ou du moins la musculature est encore bien conservée chez lui.

L'auscultation donne des signes de tuberculisation pulmonaire très nets du côté gauche.

Sous la clavicule gauche, en effet, il y a submatité, augmentation des vibrations thoraciques, résonnance exagérée de la voix, et présence de râles nombreux plus ou moins fins. En arrière, du côté gauche, on trouve de la submatité dans la fosse sus-épineuse, et une submatité moins prononcée mais appréciable encore dans presque toute la hauteur du même poumon gauche.

A droite, sous la clavicule, il y a un son à peu près normal, une expiration prolongée et légèrement soufflante. En arrière, il n'existe pas de modifications du son ni de la respiration à la partie supérieure, sauf peut-être une expiration légèrement prolongée,

mais à la base on constate des râles (peut-être des frottements) nombreux.

Discussion. — Il est donc établi que le sieur A... présente aujourd'hui très nettement des *lésions d'infiltration bacillaire prédominantes au poumon gauche* et en particulier dans la partie supérieure de ce poumon. Le sieur A... indique que les accidents pathologiques sont consécutifs à l'accident qu'il a subi le 5 avril. Pour en décider, il s'agit de considérer quel était l'état antérieur du sieur A..., quelle a été la nature du traumatisme, et quelle a été l'évolution de l'affection après le traumatisme.

Sur les antécédents du sieur A. ., nous n'avons pas de renseignements que nous puissions considérer comme médicalement certains, mais nous possédons un ensemble d'indications qui ont, sinon une valeur absolue, tout au moins une valeur relativement assez grande.

A... nous indique qu'il travaille depuis 27 ans dans la maison L... et que *jamais il n'a subi d'interruption de service* ; son travail était régulier, et c'était un travail des plus durs. Les journées étaient longues, dépassant souvent douze heures, et son métier l'obligeait à faire de longues marches avec tout un attirail d'outils assez pesants. Il indique formellement que s'il avait été souffrant, il aurait été incapable de suffire à son métier.

Le Dr L..., qui connaissait A... depuis longtemps, déclare qu'il ne l'a jamais soigné pour une affection thoracique et qu'il lui a toujours semblé être un individu de bonne santé apparente.

La compagnie ne conteste nullement les indications données par le sieur A .. ; elle dit être d'accord avec lui et admettre, d'après les renseignements qu'elle peut posséder, son bon état antérieur, ou du moins, sa parfaite validité ouvrière, ce qui, pour nous, revient au même.

Un point ressort par conséquent de toute cette discussion. A... *pouvait être un tuberculeux latent mais il n'était certainement pas un tuberculeux avéré* ; il avait une bonne santé apparente et une validité ouvrière normale.

Quelle a été la nature du traumatisme ? C'est de toute évidence un *traumatisme thoracique* qui a frappé la paroi thoracique anté-

rieure, et *ce traumatisme paraît avoir été grave*, puisque, de tout le poids de son corps, augmenté par la hauteur de chute, A... est venu heurter par sa paroi thoracique antérieure une grosse pièce de bois.

L'accident a certainement provoqué une contusion pulmonaire ; A... a eu quelques crachements de sang immédiatement, et il a fait, surtout, huit heures après l'accident, une *première hémoptysie très abondante* suivie pendant cinq jours consécutifs *d'autres hémoptysies*. Ces hémopytsies ont été médicalement constatées ; le Dr L... les a vues, et le Dr T... confirme l'existence de ces accidents hémoptoïques.

Puis tout semble se rétablir. A... va à la campagne, il regagne du poids ; il revient à Paris le 5 juillet, et, le 25, *il est pris à nouveau d'hémoptysies* des plus abondantes qui durent cinq jours. Ces hémoptysies sont constatées par le Dr L. . ; elles sont aussi très nettement constatées par le Dr G..., médecin de la compagnie d'assurances, qui trouve l'état d'A.. tellement grave à cause de ces hémoptysies qu'il hésite à l'examiner et à lui faire subir les manœuvres toujours fatigantes d'une auscultation et d'une percussion médicales.

A partir de ce moment, tout change. A.. se sent faible ; sa santé générale est ébranlée ; il n'accuse pas, certes, les signes généraux de la bacillose pulmonaire : il ne crache pas, il ne tousse guère, il n'a pas de sueurs nocturnes, mais le Dr L. . et aussi le Dr M..., qui le visitent, voient évoluer très nettement des signes pulmonaires surtout marqués au poumon gauche

Et c'est également une bacillose au début, mais très nette du poumon gauche, que nous constatons aujourd'hui. Il y a bien certes quelques manifestations pulmonaires à droite, mais elles paraissent beaucoup moins importantes et en tout cas, le sommet droit est libre encore. Peut-être s'agit-il simplement de quelque détermination pleurale bacillaire légère à la base du poumon droit.

Il nous semble, maintenant que nous sommes en possession de tous les éléments de discussion, qu'il est impossible de récuser ce cas comme un des cas les plus nets que l'on puisse imaginer, de ce que l'on appelle la tuberculose traumatique.

Que le sieur A... fut ou non tuberculeux latent avant l'accident, cela est possible, mais cela n'a absolument aucune importance au point de vue pratique. Ce qui est certain, c'est qu'*il avait sa validité ouvrière avant l'accident, c'est qu'il a eu un traumatisme thoracique avec contusion pulmonaire, et que trois mois et demi environ après ce traumatisme, la bacillose pulmonaire débutait chez lui du côté traumatisé par des signes non équivoques, par des hémoptysies abondantes, et que, depuis lors, l'évolution s'est faite sans interruption, le poumon droit restant ou indemne, ou en tout cas, beaucoup moins pris que le poumon gauche.*

Donc nous admettons que les accidents pathologiques actuellements constatés chez le sieur A . , sont bien sous la dépendance de l'accident qu'il a subi le 5 avril 1910. Il nous reste à rechercher quel est le retentissement de ces accidents sur la validité ouvrière du sieur A...

C'est un point de discussion délicate, car il nous faudrait connaître l'avenir exact des lésions actuellement existantes. Si le sieur A .. évolue vers la guérison, arrivera-t-il à la guérison définitive complète ? Recouvrera-t-il l'intégrité de sa validité ouvrière antérieure ? On peut en douter singulièrement car les guérisons en ces sortes de cas ne sont toujours que des demi-guérisons, et un bacillaire guéri en apparence, n'est jamais un homme normal.

D'un autre côté, si l'affection n'évolue pas vers la guérison, mais évolue au contraire vers l'extension, l'état que nous constatons aujourd'hui empirera progressivement et le sieur A... deviendra de jour en jour plus incapable de travail. Voilà les deux hypothèses à faire ; de laquelle doit-on décider, nous ne savons.

Nous dirons donc ceci : le sieur A... actuellement a perdu la majeure partie de sa validité ouvrière ; il n'est pas incapable assurément d'un travail doux, léger, mais il est totalement incapable de faire son métier. Il n'est pas démontré, d'autre part, que s'il se livre à quelque occupation, même les choses étant au mieux, il ne subira pas de temps à autre une rechute qui l'arrêtera pour un temps plus ou moins prolongé.

Nous croyons donc que le mieux à faire, c'est d'admettre chez le sieur A... une haute réduction de valeur industrielle, 80 %

environ, quitte à élever cette réduction de valeur industrielle et à la transformer en incapacité totale si l'état du sieur A... devient moins satisfaisant, quitte d'autre part à ramener la réduction de valeur à un taux inférieur, si le sieur A... évolue vers la guérison.

Conclusions. — 1° On doit admettre que l'accident subi par le sieur A. ., le 5 avril 1910, a déterminé chez lui l'évolution de l'affection connue sous le nom de « tuberculose pulmonaire traumatique ».

2° Cette affection retentit gravement sur la capacité ouvrière du sieur A. . ; on peut admettre aujourd'hui qu'elle lui enlève 80 °/₀ de sa validité professionnelle, mais c'est là un taux tout arbitraire et de passage qu'il y aura lieu de réviser dans un sens ou dans un autre, suivant que l'état actuellement constaté évoluera chez le sieur A..., dans un sens ou dans un autre.

Obs. Ill. (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Bonne santé apparente antérieure. — Violente contusion thoracique suivie d'hémoptysie. — Évolution rapide des lésions bacillaires. — Rôle révélateur incontestable du traumatisme. — Incapacité totale.

S..., terrassier, âgé de 54 ans, allègue que le 14 septembre 1907, il a subi un violent traumatisme thoracique ; il a eu la poitrine serrée entre deux wagonnets Dès le lendemain, il cracha du sang et ces crachements continuèrent pendant 15 jours environ. Il ressentait une vive douleur au côté gauche qui lui coupait la respiration. Depuis cette époque, le sieur S... n'a cessé de souffrir du thorax, de tousser et de voir décliner sa santé générale de jour en jour. Il n'a naturellement pu reprendre le travail.

S... nous a indiqué qu'avant son accident il était d'une santé excellente, que jamais il n'avait interrompu son travail et il est à même de prouver, dit-il, qu'en particulier dans l'année 1907, et

dans l'année 1906, il a travaillé tous les jours sauf les jours de chômage.

Il a été marié deux fois. Il a eu de son premier mariage deux enfants fort bien portants l'un et l'autre, dont l'aîné âgé de 28 ans, est actuellement adjudant, et dont le plus jeune vient de commencer son service militaire.

Examen du blessé (25 janvier 1908). — L'état actuel du sieur S... ne saurait faire aucun doute : c'est un tuberculeux pulmonaire très gravement atteint dans sa santé générale et dont les lésions bacillaires sont très marquées au côté gauche et à peine marquées à droite.

S... est extrêmement amaigri. Les masses musculaires ont partout fondu presque entièrement et le squelette thoracique se dessine vivement sous la peau. La clavicule est en particulier des plus proéminentes.

On note sur la poitrine des traces de pointes de feu en avant et en arrière. L'exploration du squelette thoracique montre qu'il n'y a point de cal de fracture de côte, et d'ailleurs le blessé n'indique nullement qu'il y ait eu fracture de côte chez lui.

L'examen méthodique du poumon montre, sous la clavicule gauche, du gargouillement, du souffle caverneux, une matité très nette, et, en arrière, la même matité dans la fosse sus-épineuse et une infiltration du poumon dans toute sa hauteur.

A droite, au contraire, en avant, on ne trouve avec la sonorité exagérée que de la respiration humée, et de l'expiration un peu prolongée, et en arrière, les mêmes signes avec, peut-être, un souffle inspiratoire révélant une induration commençante du poumon.

Nous n'avons pas noté d'adénopathie chez le sieur S.

Il n'y a pas d'épididymite et l'anus est sain.

S. en résumé, est donc un tuberculeux, avec localisation bacillaire à gauche très marquée, mauvais état général, et est parfaitement incapable de quelque travail que ce soit. C'est un individu en état d'incapacité permanente totale, l'éventualité réservée d'une amélioration toujours possible quoique bien improbable et qui pourrait

lui rendre une partie de sa valeur industrielle dans un délai que nous ignorons.

Discussion — Quelle est la relation de l'état que nous constatons chez S , c'est-à-dire de la bacillose pulmonaire avec la contusion thoracique qu'il a subie le 14 septembre 1907 ?

Pour nous, cette relation est des plus simples et nous devons dire que le cas du sieur S. est pour nous un cas absolument schématique, de ce que l'on appelle, à tort d'ailleurs, la tuberculose traumatique, de ce qu'il faudrait appeler la tuberculose latente révélée par le traumatisme.

Nous allons développer notre idée en nous servant des documents qui sont au dossier, c'est-à-dire de deux notes du Dr L., et d'une note du Dr T.

Le bon état antérieur de S. ne semble pas faire de doute. Si d'ailleurs les affirmations qu'il a produites devant nous étaient contestées, rien ne serait plus simple que de les vérifier. Nous pouvons donc tenir pour absolument acquis que le sieur S., avant le 14 septembre, était un ouvrier vigoureux, en apparence, et satisfaisant en tous cas aux obligations de son dur métier de terrassier.

Le 14 septembre 1907, il subit un traumatisme thoracique violent. Il a la poitrine comprimée entre deux wagonnets, et il est évident que ce traumatisme, qui n'a pas déterminé de fracture de côte, a tout au moins déterminé une violente contusion pulmonaire puisqu'il y eut immédiatement des hémoptysies qui se prolongèrent pendant quelques quinze jours.

Nous trouvons dans la note du Dr L. que le médecin traitant de S., a évalué la quantité de sang rendu par le malade le premier jour à trois cents grammes. Nous voyons en outre, dans cette note, qu'il y a eu de la température chez S. pendant plus d'une semaine, le thermomètre dépassait 38° ; par conséquent, contusion pulmonaire avec forte déchirure du poumon et congestion à la suite du traumatisme, cela ne semble pas faire de doute. De plus, la localisation des phénomènes de contusion à gauche n'est pas douteuse non plus ; c'est du seul côté gauche que le blessé a ressenti une vive douleur et c'est là que les phénomènes d'auscultation ont révélé la lésion pulmonaire au début.

Le 29 octobre 1907, le Dr L, voit le blessé et il constate, ce jour là, au sommet gauche des signes de tuberculose qu'il indique, avec raison, comme étant de date ancienne, et aussi, dans la partie inférieure du poumon gauche, des signes d'induration pulmonaire, c'est-à-dire de la matité, avec râles sous-crépitants qu'il rapporte à une pneumonie traumatique, c'est-à-dire à une inflammation développée à la suite de la contusion thoracique.

Une autre interprétation des phénomènes que signale le Dr L... est possible, car la pneumonie traumatique n'a pas pour habitude de durer aussi longtemps qu'elle l'eut fait dans le cas présent d'après le Dr L... C'est à la date du 14 septembre que S... a été blessé, c'est à la date du 29 octobre que le Dr L... voyait le sujet, c'est-à-dire près de six semaines après le traumatisme, et une pneumonie traumatique est une affection aiguë. Il est donc très probable qu'il s'agissait déjà au moment où le Dr L... vit S.. , de phénomènes d'infiltration bacillaire de la base du poumon, avec congestion et par conséquent signes d'induration. Nous sommes d'autant plus portés à le croire que les phénomènes constatés par le Dr L... sont retrouvés aujourd'hui exactement semblables et qu'il ne fait pas de doute, à l'heure actuelle, que nous nous trouvons en présence d'infiltration bacillaire totale du poumon gauche.

Le Dr L.. note expressément que le poumon droit est exempt de toute lésion.

Enfin, il confirme, s'il est possible, l'existence du traumatisme thoracique gauche, en indiquant qu'il a trouvé de ce côté du thorax en arrière, des traces d'excoriations superficielles de la peau et les reliquats d'un hématome sous-cutané en voie de résorption presque complète.

Le Dr L... revoit le blessé deux mois après, le 22 décembre 1907. Il constate des lésions étendues du poumon gauche et encore cette fois, il note que le poumon droit lui paraît à peu près sain, en tout cas, beaucoup moins malade que le gauche, et le Dr L... en tire des considérations fort justifiées à notre avis sur la relation du traumatisme avec l'aggravation d'une tuberculose pulmonaire antérieure. C'est à gauche, dit-il, qu'a porté le traumatisme. Le fait nous paraît capital, au point de vue d'une expertise, et il serait

très difficile de ne pas admettre que la contusion a joué le rôle de cause révélatrice ou aggravante de lésions antérieures qui avaient permis jusqu'alors à S... de gagner sa vie.

Le Dr T.. , qui examine le 5 décembre S . , indique que celui-ci présente au sommet du poumon gauche une excavation avec ramollissement périphérique et une infiltration tuberculeuse au second degré dans le reste de l'organe. A droite, il y a des lésions tuberculeuses du premier degré. On peut affirmer, dit-il, que les lésions tuberculeuses sont anciennes et antérieures à l'accident, qui date du 14 septembre 1907.

Nous partageons entièrement l'opinion du Dr T..., sur l'existence antérieure des lésions tuberculeuses chez S.. , et nous partageons absolument l'opinion du Dr L .., sur l'aggravation de ces lésions antérieures, parfaitement latentes d'ailleurs, par le traumatisme, aggravation qui va jusqu'à l'incapacité absolue actuelle.

En résumé, on voit dans l'observation présente, tous les éléments caractéristiques de la tuberculose, non pas créée, mais aggravée par le traumatisme.

Existence certaine de la tuberculose antérieure au sommet gauche, mais tuberculose latente permettant au sujet de gagner sa vie.

Grave contusion pulmonaire gauche avec hématome sous-cutané gauche, hémoptysies répétées pendant quinze jours, et congestion pulmonaire gauche.

Généralisation rapide à tout le poumon gauche, à dater de ce jour, des lésions qui devaient jusque-là être limitées au sommet gauche, lésions qui d'ailleurs s'aggravent elles-mêmes.

Intégrité sinon totale, du moins très marquée du poumon droit, qui présente à peine quelques lésions du premier degré, et encore ne peut-on se prononcer de façon absolument certaine sur ce point.

Conclusions. — 1° Le sieur S... présente une tuberculose très marquée du poumon gauche avec mauvais état général, dyspnée, toux, etc., qui le met en état d'incapacité totale permanente à moins d'une modification imprévue des lésions actuelles ;

2° La relation entre l'état actuel et l'accident du 14 septembre ne paraît pas faire de doute. L'accident a eu pour effet non pas de créer, mais d'aggraver jusqu'à l'incapacité total un état tuberculeux

antérieurement latent chez S... et qui lui permettait de faire son travail ;

3° L'enchaînement des faits nous paraît bien caractéristique. Il peut s'établir ainsi :

Etat excellent jusqu'à l'accident.

Accident le 14 septembre avec contusion pulmonaire gauche attestée par des hémoptysies répétées, un hématome sous-cutané gauche, de la congestion pulmonaire gauche.

Marche rapide des lésions pulmonaires latentes jusque-là, du sommet gauche et infiltration rapide de tout le poumon gauche avec intégrité, sinon totale, du moins très marquée du poumon droit qui avait échappé aux effets de la contusion thoracique.

Obs. IV (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Bonne santé antérieure. — Traumatisme thoracique, suivi d'une hémoptysie 6 jours après. — Légère poussée évolutive terminée par guérison. — Incapacité temporaire.

D..., 22 ans, charpentier, allègue que le 29 mars 1905, il a subi un accident du travail : il a fait une chute de 5 mètres de haut. Il indique que dans cette chute, il a été contusionné à la région lombaire ; sa déclaration d'ailleurs manque sur ce point de précision, en raison de la perte de connaissance que le traumatisme lui aurait fait subir ; quoi qu'il en soit, il put retourner à son domicile en chemin de fer.

L'accident paraissait devoir être de conséquences légères, et le blessé, ne s'en préoccupant pas, ne fit pas de déclaration. Mais à quelques jours de là, la date n'est pas très nettement précisée par lui, *six jours au moins après sa chute, il eut des crachements de saug rouge*, qui se répétèrent avec abondance pendant 6 jours, les crachats cessèrent alors pour ne plus reparaître, mais l'état général du blessé se ressentit vivement de cet incident ; il se mit à tousser un peu, à cracher, et surtout à maigrir ; lorsqu'il se présenta pour faire une période militaire, à la fin de 1905, il fut réformé.

Une amélioration réelle est d'ailleurs intervenue depuis lors ; l'amaigrissement s'est arrêté, l'état général s'est amélioré, et D . reconnait qu'il est aujourd'hui dans un état de santé apparente suffisant.

Les dires de D... sont confirmés de façon générale par les pièces médicales qui sont produites devant nous et par le blessé et par la Compagnie d'assurance.

1° Un certificat de premier constat du Dr B... en date du 7 avril 1905. Il y est dit que D .. est atteint d'une contusion de *la paroi thoracique droite*, d'une petite plaie contuse du coude droit, et d'une bosse sanguine au niveau de l'occiput, produites par une chute de 5 mètres de haut.

2° Un certificat des Drs X... et Y... en date du 9 mars 1905, indiquant que 8 jours après l'accident, D... a été pris de congestion du sommet droit avec hémoptysies abondantes, qui ont duré quelques quinze jours, puis D... a présenté une toux légère mais tenace, des transpirations nocturnes et de l'amaigrissement.

3° Un certificat des Drs R . et B... en date du 12 février 1906, qui donne les mêmes indications générales, sauf un écart de dates pour les hémoptysies qui sont fixées à la fin de mars 1905, ce qui ne concorde pas tout à fait avec les dires du blessé, ni avec le certificat précédent qui les placent à une date un peu postérieure.

L'examen actuel (8 mars 1906), nous a donné les résultats suivants :

D... est de constitution générale au-dessous de la moyenne ; sans être réellement maigre, il est d'embonpoint assez médiocre.

L'auscultation révèle aux poumons des modifications légères mais nettes ; au sommet droit, la respiration est obscure, l'expiration est certainement prolongée ; il y a du retentissement exagéré de la voix et de la submatité à la percussion. Au sommet gauche, il y a un peu de prolongement de l'expiration. Cet état pathologique pulmonaire est la seule modification physique que révèle actuellement l'examen du blessé.

Nos constatations de l'état pulmonaire de D... sont tout à fait concordantes avec celles qui ont été faites par les divers médecins du blessé et par MM. les Drs O... et P .. de la Compagnie d'assu-

rance. La conclusion à tirer de cet examen est fort simple : D.. est atteint de tuberculose pulmonaire au premier stade, surtout marquée au sommet du poumon droit. Cette tuberculose semble actuellement peu active, elle est parfaitement supportée par le malade.

Discussion. — Les points suivants sont donc acquis par l'enquête, les certificats et les divers examens médicaux :

D... a subi un traumatisme le 29 mars 1905, des hémoptysies se sont déclarées quelques jours après le traumatisme.

Une poussée de bacillose pulmonaire a été ensuite constatée qui, pour s'être apaisée, n'en a pas moins laissé des traces manifestes. D. . est aujourd'hui atteint de bacillose pulmonaire au premier degré pas encore ouverte.

Quelles relations y a-t-il entre ces divers évènements ?

Un point doit d'abord être établi : quel était l'état de santé de D... avant l'accident ? Au dire de ce blessé, cet état de santé était excellent ; il travaillait normalement et le Conseil de révision l'avait accepté pour le service militaire.

L'interrogatoire de D. . ne révèle aucun antécédent familial suspect.

Nous accepterons donc, ce qui n'est pas contesté par les défendeurs, que D .. jouissait d'une bonne santé apparente avant l'accident.

Ceci établi, passons à la discussion :

1° Le traumatisme subi par D... pouvait-il créer une tuberculose pulmonaire ou pouvait-il du moins fouetter une tuberculose latente chez le blessé ?

2° Les symptômes qu'a présenté D... indiquent-ils que, réellement, le traumatisme a eu cet effet ?

3° Quelle qualification faut-il donner aux conséquences de l'accident ; incapacité temporaire, et de quelle durée, ou incapacité permanente ?

1° Un traumatisme portant sur la paroi thoracique est incapable de créer de toutes pièces dans le poumon correspondant, un processus tuberculeux ; mais il peut fouetter une tuberculose existant à l'état latent dans ce poumon.

Or, malgré les quelques contradictions qui existent sur ce point il semble bien que D . a subi une contusion thoracique droite ; les dires du blessé sont peu précis, les certificats médicaux (établis, il est vrai, un peu tardivement) le sont davantage.

Acceptons donc au bénéfice du blessé, le fait d'une contusion thoracique droite le 29 mars 1905 Cette contusion pouvait bien réveiller une tuberculose latente chez D... dans le poumon droit.

D. . ne paraissait pas être réellement tuberculeux avant l'accident ; mais cet argument ne saurait prévaloir contre la possibilité d'une tuberculose latente, n'entravant en rien jusque là, la capacité ouvrière du blessé.

2° D... a présenté dans les quelques jours qui ont suivi la contusion dont il a été victime, *des phénomènes annonçant un retentissement du traumatisme sur le poumon droit et en même temps des phénomènes traduisant une poussée de tuberculose du côté du sommet droit :* ces phénomènes sont des *hémoptysies répétées* pendant quelques jours, puis des *modifications de la respiration et de l'état général.*

La date d'apparition de l'hémoptysie est mal précisée et cela est regrettable. D... nous a déclaré que le premier crachement de sang apparut au 6e jour ; un certificat médical (pièce n° 2 ci-dessus) dit au 8e jour ; enfin, celui des Drs R... et B... dit à la fin de mars, ce qui n'est certainement pas exact. *Il ne paraît pas que l'hémoptysie ait débuté avant le 6e jour après le traumatisme.* Sans doute cette date est déjà tardive et le lien entre l'hémoptysie et le traumatisme aurait été beaucoup plus certain si l'hémoptysie avait été plus immédiate ; mais enfin, *l'hémoptysie n'est pas assez tardive pour qu'on ne puisse pas encore accepter le lien entre elle et le traumatisme.* D'autre part, les phénomènes ayant accusé la poussée tuberculeuse du sommet droit paraissent bien nets. Nous dirons donc que le traumatisme du 29 mars 1905 semble bien avoir eu pour effet de reveiller une tuberculose latente du poumon droit chez D...

3° D... était donc, suivant toute probabilité, tuberculeux latent avant l'accident du 29 mars. L'accident a donné un coup de fouet à cette tuberculose endormie et pendant quelque temps les phé-

nomènes de reveil de la tuberculose, la poussée aiguë, en d'autres termes, ont rendu D... incapable de tout travail. Puis la poussée s'est apaisée ; le calme s'est fait et D . est revenu à un état relativement satisfaisant, sans doute comparable à celui qui existait à l'état méconnu avant l'accident.

Ce court exposé juge la 3e partie de la discussion. Si la tuberculose fouettée par l'accident avait pris une marche progressive et s'aggravant sans rémission, nous dirions que l'accident a mis D... en état d'incapacité permanente absolue. Mais il n'a créé qu'un incident pathologique qui laisse, semble-t-il, après un apaisement, D . au taux de santé où il était réellement avant. Nous dirons que l'accident n'a déterminé qu'une incapacité temporaire dont la durée, sans aucun doute assez longue, peut être évaluée à 6 ou 8 mois ; on pourrait, en toute équité, dire que cette incapacité temporaire a cessé à la fin de l'année 1905.

Conclusion. — Nous concluons donc :

1° Il y a lieu d'admettre que le traumatisme du 29 mars 1905 a reveillé chez D. . une bacillose pulmonaire du sommet droit, latente et méconnue jusque là.

2° La poussée aiguë créée par le traumatisme a causé une incapacité temporaire qui a cessé à la fin de l'année 1905 ;

3° Il ne serait pas conforme à la réalité des faits intervenus dans le cas d'espèce d'admettre que le traumatisme a créé ici une infirmité parmanente.

Cette série d'observations si démonstratives nous permet de réunir dans un tableau d'ensemble les caractères qui permettent de conclure à une tuberculose pulmonaire traumatique vraie :

Le blessé jouissait d'une bonne santé avant l'accident, il n'avait jamais cessé le travail pour cause de maladie, sa capacité ouvrière pouvait être considérée à bon droit comme normale.

Survient un traumatisme thoracique d'une certaine

violence : le blessé est pris, presque immédiatement ou peu de temps après, d'hémoptysies plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées ; son poumon a donc subi, selon toute vraisemblance, une contusion grave avec déchirure de son parenchyme. Au bout de quelque temps, tout semble rentrer dans l'ordre et le blessé reprend son travail ; mais 2 ou 3 mois après son accident, il commence à tousser, il maigrit, il perd ses forces et a des sueurs nocturnes, il ne peut plus travailler ; l'examen montre l'existence de lésions de tuberculose pulmonaire au début. Cette bacillose évoluera ensuite de façon variable.

En présence d'un semblable tableau clinique, le rôle capital joué par le traumatisme ne peut que s'imposer à l'esprit.

II. Formes atypiques de la tuberculose pulmonaire traumatique.

Les cas où apparaît avec évidence le rôle prépondérant joué par le traumatisme dans l'apparition et l'évolution de la bacillose pulmonaire restent malgré tout assez rares ; il faut, pour pouvoir les établir, un grand nombre de conditions, et trop souvent ces conditions ne peuvent être remplies. Parfois, c'est parce que la tuberculose évoluait déjà certainement avant l'accident, et il est alors difficile d'établir le rôle exact du traumatisme, d'autant que les signes de bacillose se bornent souvent à des poussées très légères, fort analogues à celles que l'on observe si souvent spontanément chez les tuberculeux vulgaires. Dans d'autres groupes de fait, les conditions étiologiques du traumatisme sont incertaines, la contusion thoracique est mal établie, tant en elle-même qu'à l'égard de ses manifestations cliniques. Mais cependant, dans tous les cas dont il s'agit ici, le rôle aggravateur du traumatisme reste probable, sinon démontré.

Voici quelques exemples de ces cas où l'on verra exposées toutes les difficultés qu'ils soulèvent.

Obs. V (Inédite). — *Rapport de M. le Pr Thoinot.*

Tuberculose en évolution avant le traumatisme. — Contusion thoracique suivie d'hémoptysies. — Aggravation certaine par le traumatisme. — Incapacité absolue.

Le sieur G..., âgé de 36 ans, charpentier, allègue qu'il a été blessé au cours du travail, le 23 mars 1906, vers trois ou quatre heures du soir.

Il est tombé sur un boulin et a été contusionné au thorax, du côté gauche, dans la région moyenne postérieure, près de la colonne vertébrale.

Le traumatisme aurait déterminé des fractures de côtes.

Il n'a pas reçu de soins immédiats. Il est resté sur le chantier jusqu'à la fin de la journée, sans travailler d'ailleurs, a commencé à cracher du sang vers 6 heures du soir, et a continué à en cracher toute la soirée et dans les jours suivants.

Le lendemain matin il se rendit à l'hôpital Saint-Antoine où il lui fut appliqué des ventouses scarifiées ; puis il reçut des soins réguliers à l'hôpital Péan où on posa un bandage de corps qui demeura en place plusieurs semaines.

Le sieur G ..., allègue que depuis l'accident sa santé générale s'est grandement altérée, il ne cesse de cracher et de tousser, il a perdu l'appétit, il maigrit de jour en jour.

Avant l'accident, il se portait fort bien. Il a fait son service militaire normalement ; il satisfaisait à son travail.

Il est marié depuis 12 ans ; il a eu 4 enfants, 2 sont encore vivants ; les deux autres sont morts de convulsions, l'un à 9 ans, l'autre immédiatement après la naïssance.

Au dossier, nous trouvons un certain nombre de pièces médicales dont voici l'analyse :

1° Note de premier constat du Dr F..., ainsi conçue :

« Contusion du côté gauche, vraisemblablement fracture de côtes, hémoptysies. S'est fait appliquer des ventouses à St-Antoine ; envoi à l'hôpital Péan. »

Le Dr F..., estime qu'il n'y aura qu'une incapacité temporaire et

que le blessé pourra reprendre son travail le 18 avril, sauf complications cependant.

2° Note du Dr F..., en date du 14 mai 1905, indiquant chez G... un état cachectique et des hémoptysies.

3° Enfin, note en date du 18 mai 1905, formulant le diagnostic de bacillose pulmonaire.

Examen du blessé (le 6 juillet 1906). — Le sieur G .. est un individu d'apparence cachectique avancée

L'amaigrissement est partout très notable. Les yeux sont excavés, le teint est blafard.

Les côtes se dessinent nettement sous la peau du thorax. Les masses musculaires sont flasques.

Pendant l'examen, le blessé tousse à de nombreuses reprises.

L'auscultation et la percussion révèlent des lésions avancées de bacillose pulmonaire, caractérisées de la façon suivante : excavation à gauche en arrière, ramollissement à droite en avant.

Nous n'avons pas perçu de cal, indice d'une fracture de côte.

Les ongles possèdent la déformation hippocratique à un haut degré.

Le sieur G... est donc actuellement dans un état de tuberculose pulmonaire très nette. Il est par conséquent en état d'incapacité permanente absolue. La question se pose de savoir quelles ont été les relations de cette bacillose pulmonaire avec l'accident qu'il a subi le 23 mars 1906. L'accident a-t-il provoqué la tuberculose ou a-t-il hâté son évolution et dans quelle mesure.

Pour décider de cette importante question, il nous faut disposer des éléments suivants :

a) Etat de santé antérieur du sieur G...

b) Nature du traumatisme.

c) Evolution de la maladie après le traumatisme.

a) De l'état de santé antérieur du sieur G... nous ne savons rien ou du moins nous ne savons que ce qu'il dit lui même. C'est un peu insuffisant pour décider si ce blessé n'était pas déjà avant son accident en état de tuberculose plus ou moins avancée quoique compatible encore avec le travail, ce qui se voit dans de nombreux cas.

Nous pouvons d'ailleurs faire remarquer déjà ici que l'accident date du 23 mars 1906, que les lésions que nous notons sont des lésions fort avancées, et que *quelle qu'ait pu être l'influence du traumatisme sur ces lésions, elle n'aurait pas été assez grande pour les faire évoluer de toutes pièces en un peu plus de trois mois et les amener au degré où nous les voyons actuellement.*

Il faut donc admettre que le sieur G... était vraisemblablement tuberculeux avant l'accident.

b) Seules les lésions qui touchent le poumon peuvent avoir une influence sur une tuberculose préexistante et en hâter l'évolution. Or, d'après les pièces médicales dont nous disposons, il est certain que l'accident subi par G . le 23 mars 1906, a intéressé son poumon gauche; il y a eu contusion thoracique, il y a eu probablement fracture de côte, et il y a eu des hémoptysies accusées par le malade et que le docteur F... note dès le 24 mars. Ces hémoptysies sont la preuve évidente qu'il y a eu contusion du poumon et, par conséquent, l'accident était propre à exercer une influence certaine sur une tuberculose pulmonaire déjà existante dans le poumon gauche.

c) Quel qu'ait état l'état de santé réel du sieur G... avant l'accident, il semble, si l'on s'en rapporte à son dire, qu'il satisfaisait à son travail. Il y a là d'ailleurs un point qu'il serait facile d'éclaircir. Nous n'avons pas les pièces nécessaires pour le faire, mais une enquête établirait aisément la véracité ou la fausseté des allégations du sieur G. . sur sa capacité de travail avant le 23 mars.

Depuis l'accident, au contraire, il est certain que l'état général du sieur G. n'a fait que s'aggraver, et que sa tuberculose pulmonaire a évolué tres rapidement.

Elle est plus marquée au côté gauche où nous trouvons déjà une excavation, qu'au côté droit où nous ne trouvons encore que des lésions de ramollissement. Or, c'est du côté gauche que le sieur G. a été frappé, et c'est le poumon gauche qui paraît bien avoir été intéressé par le traumatisme, ce qui est un nouvel argument en faveur de l'influence qu'a pu avoir le traumatisme sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez G.

Les données rassemblées peuvent être résumées de la façon suivante :

Il est très vraisemblable que le sieur G. était avant son accident déjà en état de tuberculose latente assez prononcée quoique compatible encore avec le travail.

Il a subi, le 23 mars 1906, un accident qui a contusionné le poumon gauche, et la preuve de cette contusion est donnée par la présence d'hémoptysies, hémoptysies qui ne sont pas contestées.

Cette contusion du poumon a influencé d'une façon défavorable la tuberculose pulmonaire déjà existante et à dater du traumatisme, cette tuberculose a évolué rapidement pour arriver à un état très avancé, état où nous la voyons aujourd'hui et qui semble laisser peu d'espoir de guérison et être absolument incompatible avec la capacité au travail.

Conclusions. — 1° Le sieur G. a subi le 23 mars 1906, une contusion du poumon qui a aggravé une tuberculose pulmonaire certainement préexistante.

2° Le sieur G. est aujourd'hui en état d'incapacité absolue, et il n'est pas probable que cet état puisse s'améliorer.

Obs. VI (Inédite). *Rapport de M. le Pr Thoinot.*

Tuberculose fibreuse et emphysème antérieurs à l'accident. — Fracture de côtes, suivie de pleurite sèche. — Légère aggravation par le traumatisme.

Le sieur A., âgé de 42 ans, allègue qu'il a été blessé le 27 août 1908. Il a fait une chute sur le côté droit, il a subi une fracture de côte. Il a été transporté à son domicile et a reçu depuis son accident les soins du Dr M. Il indique que tout d'abord il n'a pas craché de sang, mais que les hémoptysies sont apparues quelques jours avant notre examen. Il a voulu reprendre le travail, mais n'a pu le faire de façon normale, il a travaillé seulement un jour sur deux.

L'accident lui a laissé, dit-il, des douleurs dans le côté droit, de l'essoufflement; de là une gêne persistante qui l'empêche de satisfaire normalement à son travail.

Au dossier, nous trouvons les pièces médicales suivantes :

1° Note du Dr Ma. Cette note est rédigée en date du 23 octobre 1908. Le Dr Ma. a dit que A. est dans l'impossibilité de reprendre son travail ; il présente à l'auscultation des frottements pleuraux à droite du côté où s'est produit le traumatisme : il y a en outre de la bronchite généralisée et le sommet droit présente des signes précurseurs de tuberculose.

Il serait bon, dit le Dr Ma... de faire un examen bactériologique des crachats. Le blessé est amaigri, il a de la tendance à se cachectiser.

Le Dr Ma .. cherche à préciser quelle a pu être la part du traumatisme dans l'état actuel du blessé. Il rappelle que la chute a occasionné une fracture de côte qui a été l'origine d'une pleurite droite, que le Dr M. . est très affirmatif sur les débuts de l'état actuel, qu'à son dire, A... était auparavant fort bien portant ; il a vu lui-même les trois enfants du blessé, qui jouissent d'une bonne santé générale et l'interrogatoire du malade ne lui a pas permis de relever des antécédents pathologiques. De l'avis du Dr Ma . ., si le traumatisme et la pleurite qui en a été la conséquence, sont les causes de l'état pulmonaire, il a fallu que ces causes agissent sur un terrain préparé ; mais le cas comporte bien des difficultés et peut prêter à bien des discussions.

2° Un rapport d'expertise du Dr B .. 1908. L'expertise a eu lieu le 9 novembre.

Le Dr B . rapporte d'abord les commémoratifs de l'accident ; il indique que le 27 août, A . a fait une chute sur le côté droit et s'est fracturé la 11e côte. Le 7e jour il s'est déclaré une pleurésie droite avec très peu d'épanchement, point de côté violent, température, etc.

A son examen du 9 novembre, le Dr B... a fait les constatations suivantes :

Légère submatité au sommet droit, rudesse à l'inspiration et à la base droite, râles enfin dans l'aisselle droite et surtout un peu en arrière de la ligne axillaire. Le Dr B... n'a point trouvé que A .. fut réellement amaigri ; il déclare que A... présente des signes, sinon de tuberculose, tout au moins de prétuberculose menaçante au sommet droit et cet état est, pour lui, la suite du

traumatisme du 27 août qui a été suivi de pleurésie le 7e jour après l'accident.

Il conclut que A... est atteint d'infirmité permanente et partielle et que la consolidation doit être fixée au jour de l'expertise.

3° A la suite de notre premier examen, il nous avait paru qu'il était absolument nécessaire de faire radiographier le sieur A...

L'examen radioscopique du thorax, pratiqué le 5 février 1909 par le Dr Béclère, montre :

1° *Que le blessé est atteint d'emphysème pulmonaire* comme en témoignent l'élargissement et surtout l'allongement vertical des deux images pulmonaires, leur clarté plus grande dans toute la région étendue des clavicules au diaphragme, l'abaissement de ce muscle, et la diminution d'amplitude de ses excursions pendant les mouvements respiratoires.

2° *Que cet emphysème est consécutif à des lésions tuberculeuses des deux sommets pulmonaires et des ganglions thoraciques* comme le démontrent l'obscurcissement des deux régions sus-claviculaires, un peu plus marqué à droite qu'à gauche, l'obscurcissement et l'augmentation d'étendue des ombres du hile, à droite et à gauche, ainsi que l'obscurcissement de l'espace clair médian (intermédiaire à l'ombre vertébrale et à l'ombre cardio-aortique) dans les examens en direction oblique.

3° *Qu'il n'existe aucun signe radioscopique de pleurésie actuelle ou ancienne*, ni à droite, ni à gauche. Le contour des deux moitiés du diaphragme est nettement dessiné et dans les grandes inspirations, la clarté pulmonaire descend et s'insinue comme un coin entre l'ombre du diaphragme et celle de la paroi thoracique.

De cet examen, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° M. A. . est atteint de tuberculose pulmonaire avec induration des deux sommets, emphysème, adénopathie médiastine et péribronchique.

2° Ces lésions tuberculeuses sont anciennes, certainement antérieures à l'accident de 1908.

3° L'examen radioscopique ne permet nullement d'affirmer ni même de soupçonner que ces lésions aient été aggravées ou accé-

érées dans leur marche par l'accident de 1908 et ne montre aucune trace de la pleurésie sèche de la base droite qui aurait été constatée à ce moment.

4° Enfin, mentionnons que le Dr M. nous a fourni quelques renseignements intéressants sur les soins donnés par lui à A... et sur les phénomènes pathologiques qu'il avait constatés. A la suite de l'accident, il y a eu de la pleurite droite qui s'est déclarée quelque huit jours après et qui a duré un mois et demi. A .. a toussé, craché, il a maigri, et le docteur M... déclare expressément que personne dans la famille du blessé n'a présenté jamais à sa connaissance, de signes de tuberculose, et que A... lui-même en était exempt avant l'accident.

Les examens successifs que nous avons faits (février 1909) nous ont donné les résultats suivants :

Le sieur A .. ne paraît pas de mauvaise santé générale. Il n'est nullement amaigri et est bien loin d'avoir l'aspect cachectique. Il a peut-être maigri — il le déclare — mais, si un certain degré d'amaigrissement est intervenu, il n'a certes pas affecté l'aspect général du blessé qui reste satisfaisant.

Le sieur A. . présente des stigmates d'éthylisme professionnel assez modérés.

La poitrine du sieur A... présente une déformation marquée surtout en arrière. Cette déformation est celle que l'on constate en règle chez les emphysémateux chroniques ; la poitrine est fortement bombée. Elle est voussurée et elle l'est plus à droite qu'à gauche.

La déformation caractéristique est moins marquée à la partie antérieure, car les creux sus et sous-claviculaires ne sont que légèrement effacés, et il n'y a pas de développement exagéré de la partie antérieure du thorax.

L'auscultation et la percussion font constater chez le sieur A... trois sortes de modifications pathologiques, qui sont :

a) D'une façon générale, une respiration humée, prolongée faible, qui est caractéristique de l'emphysème pulmonaire.

b) Des signes d'induration tuberculeuse très légère, marqués surtout au sommet droit et caractérisés par un peu de submatité en

avant et en arrière et par quelques bruits adventices, râles légers en avant sous la clavicule.

c) Pleurite certaine à la base droite, caractérisée par des frottements pleuraux évidents.

Le sieur A... indique l'existence d'une douleur spontanée et à la pression, siégeant à la partie latérale moyenne du thorax. Nous n'avons point trouvé de modifications du squelette au point indiqué par lui comme étant douloureux.

Nous devons ajouter d'autre part, que nous n'avons pas non plus trouvé actuellement de trace évidente de fracture de côte, ce qui d'ailleurs, n'infirme nullement le diagnostic qui a été porté au début.

Discussion. — Nous sommes donc en présence d'un sujet qui a subi, le 27 août 1908, d'après les renseignements médicaux du dossier, une fracture de côte du côté droit, à la suite d'une contusion thoracique.

Il semble bien qu'à la suite de cette contusion se soient déclarés des phénomènes de pleurite qui ont duré un certain temps et le sieur A .. présente aujourd'hui les traces de cette pleurite, et en outre, des signes d'emphysème pulmonaire généralisé très marqués, et bien probablement — cela résulte du moins et de l'examen clinique et de l'examen radioscopique — des signes de tuberculose pulmonaire peu prononcée aux deux sommets, mais surtout au sommet droit.

Nous devons, tout d'abord dire, que l'accident n'est certainement pour rien dans le développement de l'emphysème. C'est, chez le sieur A..., une affection ancienne, une affection constitutionnelle.

Nous partageons aussi complètement l'opinion de M. le Dr Béclère, à savoir que la légère atteinte de tuberculose pulmonaire, qui existe chez le sieur A. , est déjà fort ancienne et qu'elle était certainement antérieure à l'accident d'août 1908. Le sieur A... est un tuberculeux emphysémateux, c'est-à-dire un de ces tuberculeux chez lesquels les lésions tuberculeuses font peu de progrès, ont peu de tendance à l'extension, et restent peu menaçantes pour la vie, souvent pendant un temps fort long.

Il n'y a donc absolument qu'une seule lésion pathologique que

l'on peut rapporter à l'accident, à savoir la lésion pleurale droite.

Certes, il est commun de trouver chez un tuberculeux des lésions pleurales des bases des poumons, mais chez le sieur A..., un traumatisme est intervenu en août 1908 ; son médecin affirme qu'il y a eu, à la suite de ce traumatisme, une atteinte pleurale. La chose n'est nullement invraisemblable et nous pouvons l'accepter.

Nous dirons donc que le traumatisme d'août 1908 a déterminé un certain degré de pleurite de la base droite et, sans doute, cette pleurite a été favorisée par le terrain. Si le sieur A.. n'avait pas été porteur de lésions bacillaires du poumon, si légères fussent-elles, il est probable que la poussée de pleurite ne serait pas intervenue ; mais le traumatisme a joué, en tout cas, le rôle de cause occasionnelle.

La pleurite a survécu à l'accident. A l'heure actuelle, le sieur A... en présente des traces nettes, si légères du reste soient-elles relativement, et ces traces sont de nature à apporter quelque gêne pour lui dans la respiration, dans les efforts, etc.

Il ne faut pas d'ailleurs exagérer les choses. De par son emphysème si prononcé, de par ses légères lésions tuberculeuses des deux sommets, le sieur A... est un individu qui ne saurait respirer normalement, chez lequel tout effort doit être pénible, et ce n'est pas à l'accident, ni à la pleurite qui l'a suivi ou du moins que nous admettons avoir suivi l'accident, qu'il faut rapporter l'ensemble de la gêne que le malade déclare éprouver. L'accident et ses suites n'y entrent que pour une part assez restreinte.

Le traumatisme n'est donc intervenu qu'épisodiquement chez un individu dont la santé pulmonaire n'était point parfaite. Il a ajouté son contingent léger à la somme des lésions existantes antérieurement ; il n'a point fait du sieur A..., d'une seule pièce, un invalide ; il a simplement exagéré légèrement la gêne que le sieur A... devait ressentir antérieurement.

Il me semble qu'ici, on peut raisonnablement faire la part des choses, que nous avons tous les éléments pour le faire, et que, par conséquent, le traumatisme ne doit entrer que pour une quote part dans la genèse des troubles accusés par le sieur A..., dans sa

réduction de valeur industrielle, et que cette quote-part ne saurait monter à plus de 8 à 10 °/₀.

La consolidation est sans doute acquise depuis un certain temps, puisqu'il nous a été déclaré par le blessé à notre examen du 14 janvier, que les soins médicaux avaient cessé depuis déjà une huitaine de jours.

Conclusions. — 1° Le sieur A..., atteint d'emphysème chronique, porteur déjà de lésions bacillaires légères de l'un et l'autre sommets mais surtout du sommet du poumon droit, a été frappé d'un traumatisme thoracique le 27 août 1908.

2° On peut admettre que ce traumatisme thoracique a déterminé des lésions de pleurésie sèche à la base du poumon droit. S'il ne les a point déterminées, il les a probablement exagérées. Cette hypothèse qui est en faveur du blessé peut, croyons nous, être admise ici, de préférence à une autre hypothèse soutenable, après tout, et qui voudrait que les lésions pleurales de la base du poumon droit fussent, non sous la dépendance du traumatisme, mais sous la dépendance de l'état bacillaire antérieur du poumon droit.

3° Si l'on admet les choses comme nous venons de les présenter — et cela nous semble à la fois équitable et raisonnable — il faut dire en conséquence que le sieur A... garde du traumatisme des reliquats pleuraux légers qui ont contribué avec les lésions anciennes existantes du poumon, à le mettre en état d'invalidité relative, et la part du traumatisme peut être ici fixée. On peut évaluer qu'il a réduit de 8 à 10 °/₀ la valeur industrielle du blessé déjà quelque peu compromise.

4° La consolidation doit être fixée aux environs du 1er janvier 1909.

Obs. VII (Inédite). — *Rapport de M. le Profr Thoinot.*

Bonne santé apparente antérieure. — Contusion thoracique suivie d'hémoptysie tuberculeuse. — Guérison. — Pas d'aggravation de la tuberculose. — Incapacité temporaire.

Le sieur P ..., âgé de 39 ans, démolisseur, allègue qu'il a été blessé le 7 mars 1908. Il a reçu *sur le côté droit du thorax* en

arrière un fragment de cheminée pesant 15 kilogrammes et qui tombait de la hauteur d'un premier étage. La contusion a déterminé une violente douleur dans la région de l'omoplate droite. Le blessé n'indique pas qu'il y ait eu fracture de côte ou plaie cutanée.

Il a pu se rendre à pied de son chantier jusqu'à son domicile ; le lendemain, il s'est rendu à la consultation du Dr T..., qui, depuis lors, n'a cessé de le soigner. Pendant quelques jours, il alla ainsi chez le Dr T.. , puis, survint un nouvel accident. *Il cracha du sang* et urina du sang pendant quelques jours et fut immobilisé pendant une semaine environ. Il a pu ensuite retourner à la clinique du Dr T... où il n'a cessé d'aller. Il a été visité par le Dr M... au dispensaire de la Compagnie.

Le sieur P... se plaint d'avoir été mis en incapacité de travail par l'accident. Il ne peut encore se décider à reprendre le travail. Il se plaint de douleurs dans le côté ; il indique qu'il ne peut pas respirer, qu'il a des picotements, des sensations singulières dans la poitrine. Il a beaucoup maigri, il crache encore du sang ; il urine quelquefois des filets de sang ; il n'est d'ailleurs pas très affirmatif sur ces deux derniers faits et, lorsque nous le prions de préciser la dernière époque à laquelle il a craché le sang, il n'arrive pas à faire une réponse précise.

Au dossier nous trouvons les pièces suivantes :

1° Une note du Dr M. ., où nous lisons que P.. a été victime d'un accident de travail, qu'il a été contusionné à la région dorsale par un morceau de plâtras. Lorsque le Dr M... le vit à la date du 8 avril, c'est-à-dire un mois après l'accident, il n'y avait plus trace de traumatisme. Le blessé se plaignait de douleurs dorsales, prétendait avoir craché et uriné du sang. A l'auscultation, le Dr M... constatait de l'affaiblissement de la respiration à gauche et de la rudesse à droite. Le blessé prétendait avoir maigri beaucoup depuis son accident et avoir des sueurs nocturnes.

Le Dr M... rappelle ensuite que le blessé fut soumis à l'expertise du Dr Ma...

Le Dr M... estime que l'état actuel de P . est satisfaisant, que, quelles que soient les relations que l'accident ait pu avoir

avec les diverses manifestations que P... a présentées, quelque objection que l'on puisse élever contre l'idée d'une tuberculose traumatique, P.. est aujourd'hui revenu certainement à son taux de santé antérieure.

2° Procès-verbal d'expertise du Dr Ma... (avril 1908) :

Le Dr Ma..., après avoir rappelé très sommairement tous les commémoratifs de l'accident, déclare qu'à l'auscultation il a trouvé le murmure respiratoire faible à gauche et rude à droite. Il conclut que P... présente des signes de tuberculose pulmonaire manifeste au sommet droit, complétés par l'hémoptysie suite de l'accident. Il indique que l'accident n'a pas pu provoquer d'emblée la tuberculose, mais que le traumatisme a été la cause occasionnelle ayant déterminé son apparition. Le blessé a besoin de soins minutieux et prolongés et l'état actuel est lié à l'accident du 7 mars.

L'examen, pratiqué le 30 juin 1908, nous a donné les résultats suivants :

Le sieur P... ne paraît pas de mauvaise santé générale. Il n'est pas véritablement amaigri. Les reliefs musculaires sont satisfaisants et le visage ne présente pas de pâleur ou de teinte pathologique.

L'examen extérieur de la poitrine ne révèle pas de déformation à droite ou à gauche. Nous n'avons pas constaté par la palpation de déformation costale que l'on puisse considérer comme étant la suite de fractures de côtes ; il ne paraît pas, du reste, d'après le récit du blessé lui-même, qu'il y ait eu fractures de côtes. Il n'y a pas de déformation de la colonne vertébrale.

A vrai dire, le blessé, lorsque l'on presse sur la région thoracique postérieure, soit dans la fosse sus épineuse, soit dans la partie inférieure du thorax, accuse une douleur assez vive, mais il y a lieu d'accepter avec quelques réserves, la sensation accusée par le sieur P..., car ce n'est pas la pression profonde, mais presque le simple attouchement superficiel qui détermine cette sensation de douleur.

A la percussion, nous n'avons trouvé qu'une modification extrêmement légère du son dans la fosse sus-épineuse droite.

A l'auscultation, nous n'avons trouvé dans toute l'étendue du poumon droit absolument aucun bruit pathologique. Tout ce que l'on peut dire c'est que la respiration est peut-être un peu plus faible au sommet droit en arrière qu'au sommet gauche dans la région similaire.

Le pouls est normal.

Il n'y a point de lésions cardiaques.

Il n'y a pas de lésions pathologiques testiculaires ; il n'y a pas de fistule anale et il n'existe pour ainsi dire pas d'adénopathie ganglionnaire ni interne, ni cervicale.

L'interrogatoire du blessé nous apprend que sa mère est morte à 48 ans, d'une infection qu'il ne peut préciser, que son père est mort en 1878 d'un accident de chemin de fer, que lui-même enfin, est marié et a des enfants qui se portent aussi bien que possible.

Discussion. — Il nous faut maintenant résumer et discuter toute cette observation.

Le sieur P... a subi un traumatisme de la région thoracique postérieure droite, le 7 mars 1908. Les faits suivants ont été établis par les pièces médicales et par les déclarations qui nous ont été faites : une hémoptysie a été observée dans les quelques jours qui ont suivi l'accident. Il a été constaté chez P... des signes d'une tuberculose pulmonaire au sommet droit, tuberculose d'ailleurs peu avancée.

L'accident est-il responsable de cet état et quel est aujourd'hui le bilan de santé du sieur P... Nous traiterons d'abord ce second point.

Le sieur P. . nous paraît aujourd'hui en aussi bon état que possible. Il faut vraiment être prévenu et porter l'attention la plus grande pour reconnaître les signes qui se trouvent au sommet droit. Chez un individu qui se présenterait par hasard et sans donner le moindre renseignement à la visite médicale, on hésiterait sans doute à parler de tuberculose. L'état général du sieur P... est bon ; nous ne voyons pas qu'actuellement il soit hors d'état de travailler.

L'accident du 7 mars a-t-il eu une influence quelconque sur la tuberculose du sieur P... ?

Le cas est des plus difficiles. Nous ignorons quel était l'état de santé du sieur P .. et il n'est point impossible que le sieur P... présentât déjà avant l'accident quelques signes physiques de l'éclosion de bacillose pulmonaire au sommet droit.

Il est évident que ce n'est pas l'accident qui a créé cette bacillose, mais quelle influence a-t-il eu sur elle ! L'a-t-il démasquée ? On ne saurait le dire. En a-t-il précipité l'évolution ? Evidemment non, puisque l'état du sieur P... est, à tout prendre, aujourd'hui presque satisfaisant. Que s'est-il donc passé ? Simplement, à notre avis, un phénomène épisodique, *une congestion pulmonaire avec une déchirure du poumon et partant une hémoptysie tuberculeuse, avec, pendant quelques semaines, incapacité temporaire de travail.* Telle est la solution à laquelle nous conduit l'analyse des faits, et c'est cette solution qui dictera nos *conclusions.*

Conclusion. — 1° Le sieur P.. a subi en mars 1907, un traumatisme thoracique du côté droit ;

2° Il semble que ce traumatisme ait eu pour effet ou une légère congestion du poumon, ou une déchirure du poumon chez un individu déjà antérieurement tuberculeux à un très faible degré, et qu'ainsi l'accident ait déterminé un épisode pathologique passager aujourd'hui guéri, puisque l'état pulmonaire du sieur P... est aussi satisfaisant que possible.

3° C'est donc simplement à notre avis une infirmité temporaire ou une aggravation passagère d'un mal antérieur, ce qui revient au même, que l'accident a déterminé, et dès lors, il y a lieu de considérer le sieur P .. comme aujourd'hui guéri et pouvant reprendre ses occupations, ceci bien entendu sans préjuger de l'avenir et de tout nouvel épisode qui pourrait tout remettre en question et nécessiter une nouvel examen et une nouvelle discussion.

Obs. VIII (Inédite). — *Rapport de M. le Prof[r] Thoinot.*

Bonne santé antérieure. — Contusion thoracique. — Très légère poussée bacillaire ayant guéri sans laisser de traces. —

Rôle du traumatisme douteux. — Très légère incapacité permanente partielle.

Le sieur F..., âgé de 30 ans, ouvrier mineur, allègue que le 27 novembre 1908, il a fait une chute, est tombé sur le côté gauche, et s'est contusionné le thorax. Il a craché du sang dès le lendemain et pendant un laps de temps de trois semaines. Il a souffert du côté aussitôt après l'accident et a continué à en souffrir jusqu'à l'heure actuelle. Il a reçu les soins des docteurs Th. . et P... à son domicile. Il indique qu'à l'heure actuelle, il souffre encore vivement du côté gauche, surtout dans la région du sein ; il prétend que le traumatisme a déterminé chez lui une atrophie de la paroi thoracique gauche et surtout de la mamelle gauche, et pour toutes ces raisons, il n'a pas encore repris le travail.

Le sieur F... prétend que sa santé générale a toujours été excellente jusqu'à l'accident. Il n'a point fait de maladie personnellement et ses antécédents héréditaires et collatéraux sont aussi bons que ses antécédents personnels si on l'en croit. Il a trois frères et une sœur qui se portent fort bien ; son père est mort d'un accident de mine, sa mère est morte à 70 ans et accidentellement, il y a un mois.

Il donne comme preuve de sa bonne santé antérieure le fait qu'il a normalement fait son service régimentaire, et comme preuve de sa bonne santé pulmonaire, qu'il a servi comme clairon au régiment pendant son congé, et aussi pendant les 28 jours qu'il a faits dernièrement. C'est un emploi qu'il n'aurait pas pu remplir s'il avait souffert en quoi que ce soit de la poitrine.

Le blessé nous remet également un certain nombre de certificats attestant qu'il a travaillé de façon active dans les ardoisières de Trélazé, dans les mines de Liévain, et enfin, sur la voie du chemin de fer du Nord, travaux qui justifient, à son dire, de sa capacité antérieure.

Aujourd'hui, il tousse de temps à autre, il est essoufflé, il souffre du côté hauche et se croit incapable de remplir un emploi actif.

Au dossier nous trouvons un certain nombre de pièces médicales que nous allons énumérer ; ce sont :

1° Deux certificats peu explicites du Dr Th..., en date du 14 décembre 1908 et du 11 janvier 1909, indiquant que le blessé est actuellement traité par lui.

2° Une note du Dr P..., en date du 3 janvier 1909 ; il indique que F... avait subi une violente contusion dans la région précordiale ; F... aurait eu des hémoptysies que d'ailleurs le Dr T... n'a pas constatées.

L'examen actuel montre chez le blessé un mauvais état général, une respiration soufflante, de la submatité, de la diminution respiratoire, un murmure vésiculaire à tonalité basse, de l'expiration prolongée au creux sous-claviculaire droit, c'est-à-dire au côté opposé au traumatisme. Le Dr P... estime que F... présente tous les signes d'une lésion tuberculeuse du sommet droit.

3° Une note du Dr T..., en date du 16 janvier 1909 ; nous y lisons que le Dr T... a constaté chez F... de l'enrouement et un état général peu satisfaisant. F... lui a paru atteint de bronchite, et le Dr T. . ajoute : « L'examen de la poitrine serait indispensable pour déterminer la nature de cette bronchite, mais le blessé refuse de se laisser examiner. »

4° Un rapport d'expertise en justice de paix du Dr V.

Le Dr V... a examiné le sieur F... le 25 janvier 1909. Dans son rapport, il rappelle les commémoratifs de l'accident, indique que le Dr Th... constata chez F..., aussitôt après l'accident, une forte contusion de la cage thoracique du côté gauche, mais sans plaie, sans fracture de côte, avec seulement ecchymose. Le lendemain, débutèrent des crachements de sang qui durèrent une quinzaine de jours. Le Dr P... vit le blessé le 29 novembre et constata une violente contusion du côté gauche du thorax.

Puis, le Dr V. expose les résultats de son examen. Il indique que le blessé présente la mine amaigrie, les traits tirés, la voix enrouée, un état général très mauvais. Il semble y avoir de la fièvre.

On constate au thorax un aplatissement du côté gauche très marqué, tenant à une atrophie des pectoraux gauches. Il n'y a pas trace de traumatisme ; il n'y a pas de cicatrice ; il n'y a pas de cal costal. A l'examen du poumon, on trouve des lésions tuberculeuses très nettes du sommet droit : en avant, submatité, respiration

soufflante, expiration prolongée ; en arrière, respiration affaiblie et transsonnance augmentée. Au sommet gauche, il n'y a qu'une légère diminution de sonorité au niveau de la fosse sus-épineuse

Le Dr V. discute les lésions trouvées par lui chez F , à savoir l'atrophie des pectoraux et l'induration tuberculeuse du sommet du poumon droit, et leur relation avec l'accident. L'atrophie des pectoraux peut être congénitale, mais il lui semble que s'il en était ainsi, elle aurait mis obstacle à l'activité ouvrière de F. et il croit plutôt qu'elle est d'origine traumatique récente.

Quant à la lésion tuberculeuse qui est, pour lui, cause du mauvais état général du blessé, elle lui paraît antérieure à l'accident. Cependant, il semble bien qu'elle a été activée par lui. A vrai dire, la localisation est à droite alors que le traumatisme est à gauche, mais cependant cela n'est pas un argument irrésistible contre l'aggravation de la tuberculose pulmonaire par l'accident.

5° Certificat du Dr Th., rédigé à la date du 2 février 1909 : le Dr Th. rappelle qu'il a constaté une forte contusion thoracique gauche, qu'il n'a point trouvé de fracture, qu'il y a eu une hémoptysie se prolongeant pendant trois semaines et qu'en même temps se sont montrées des lésions bacillaires bien accentuées, surtout à droite. Depuis ce temps F. maigrit, vomit, est sans appétit. Il a des phénomènes nerveux très prononcés et présente une forte dépression. Les lésions bacillaires se sont accentuées et l'on peut affirmer, dit le Dr Th., que le traumatisme a développé chez son client une maladie qui, peut-être, était à l'état latent.

L'examen actuel nous a donné les resultats suivants :

Le sieur F. ne nous a point paru en mauvais état général ni véritablement amaigri.

Il présente une atrophie très marquée de la paroi thoracique antérieure gauche et il semble que cette atrophie relève surtout, non pas d'une atrophie musculaire, mais d'un aplatissement très marqué, d'une disparition presque complète de la glande mammaire gauche, alors que la glande mammaire droite a un développement énorme et est pour ainsi dire atteinte d'hypertrophie compensatrice.

D'ailleurs aucune lésion appréciable de la peau ou du squelette sous-jacent. La peau de la partie atrophiée n'est point changée de

coloration ni de consistance ; elle glisse bien sur les parties sous-jacentes, etc.

Le sieur F... accuse, nous l'avons dit, de vives douleurs dans le côté gauche, au niveau de la paroi thoracique antérieure. Nous n'avons pas trouvé la raison anatomique de ces douleurs que, d'ailleurs, nous ne nions pas.

Notre attention devait être attirée forcément par l'état du poumon; nous avons dit ci-dessus que les divers médecins qui avaient vu F... précédemment avaient signalé chez lui des lésions bacillaires surtout marquées à droite, c'est-à-dire du côté opposé du traumatisme.

Grande a été notre surprise de ne trouver à l'heure actuelle *absolument aucune lésion pulmonaire* ni à droite ni à gauche, ou du moins, aucune lésion pulmonaire prononcée. Certes, peut-être y a-t-il chez le sieur F... un peu de diminution générale du murmure vésiculaire, mais cela existe aussi bien à droite qu'à gauche, et, en tout cas, il n'y a point de modifications du son, il n'y a point de bruits adventices aux sommets. Il n'y a pas de frottements pleuraux aux bases. La respiration est normale, régulière. L'inspiration et l'expiration ont partout leur durée respective physiologique. Bref, et nous avons ausculté à deux reprises le sieur F. . avec le plus grand soin, nous n'avons point retrouvé trace dans nos examens des 10 et 14 mars des lésions si nettement signalées par les médecins qui ont vu F... avant nous. Nous dirons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce point.

Au cœur, nous n'avons point trouvé de symptômes pathologiques.

Il nous a paru que le sieur F. . avait un état nerveux assez prononcé, qu'il s'inquiétait beaucoup de son état physique, qu'il était en somme atteint de cette névropathie si commune à beaucoup de blessés, bref, en état de légère neurasthénie traumatique.

Discussion. — Il nous faut discuter maintenant tous les résultats exposés ci-dessus, résultats fournis par l'enquête, par l'interrogatoire du malade et par les examens successifs qu'il a subis.

F... a subi en novembre 1908 une contusion thoracique, la chose semble certaine et il semble non moins certain que des

symptômes de contusion pulmonaire aient suivi de près cette contusion thoracique.

L'hémoptysie que F... aurait présentée dans les jours qui ont suivi son accident a traduit cette contusion pulmonaire, puis sont survenus des symptômes pulmonaires avec fièvre et mauvais état général, symptômes qui étaient beaucoup plus localisés à droite, côté non traumatisé, qu'à gauche. Ces symptômes se sont évidemment apaisés puisque nous n'en trouvons plus trace à l'heure actuelle et nous ne voyons chez F... que :

a) une atrophie de la paroi thoracique antérieure gauche ou plutôt de la glande mammaire gauche :

b) un état d'inquiétude assez prononcé ;

c) des douleurs accusées par le blessé dans la paroi thoracique.

F... n'est donc pas à notre avis à l'heure actuelle atteint de symptômes nets de tuberculose et cependant des constatations ont été faites par des médecins autorisés que nous ne saurions passer sous silence. Que s'est-il produit ?

De deux choses l'une, ou F... n'a présenté qu'une bronchite vulgaire à droite, quoique localisée au sommet, qui s'est éteinte au bout de quelque temps par un processus naturel, ou bien, F... a présenté un réveil momentané de lésions tuberculeuses latentes droites.

Nous ne saurions décider en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse. La bronchite simple est possible. Le réveil de lésions tuberculeuses latentes et leur exaspération passagère avec retour ensuite à l'état normal, sous l'influence du traumatisme, est possible encore. Il peut paraître cependant quelque peu surprenant et anormal que ce soit à droite que les manifestations se soient produites alors que le traumatisme a porté sur le côté gauche. En tout cas, si le traumatisme a agi ici, il n'a agi que passagèrement et il est bien difficile d'aller au-delà d'une hypothèse.

L'atrophie de la paroi thoracique antérieure gauche, ou mieux de la région mammaire gauche, ne nous paraît nullement imputable au traumatisme ; nous sommes là en présence certainement d'une affection très ancienne, probablement congénitale, et ce qui le

prouve, c'est le développement énorme de la mamelle droite qui paraît être un développement compensateur.

Enfin, F... allègue des douleurs très vives ; ces douleurs sont possibles, nous ne pouvons naturellement ni en affirmer ni en nier l'existence, mais un traumatisme thoracique important laisse longtemps, on le sait, dans certains cas, des phénomènes douloureux.

Quant à l'état nerveux ou plutôt à l'inquiétude que F. . exprime sur son état, c'est là une chose très commune chez les blessés. Il nous est impossible de dire jusqu'à quel point il est réel, mais ce que nous pouvons énoncer, c'est que, si cette inquiétude est réelle — et la chose est fort possible — elle n'est point justifiée, car l'état de F. . actuellement n'est pas grave.

On voit donc en résumé que le sieur F. . a subi une contusion thoracique gauche, qu'à la suite de cette contusion, il y a eu des phénomènes de contusion pulmonaire puis, ou bien une bronchite fortuite droite n'ayant aucune relation avec l'accident s'est déclarée, ou bien une poussée de tuberculose jusque là latente s'est produite à droite, sans relation avec l'accident, ou peut être exaspérée par lui

Aujourd'hui F... ne présente pas un seul trouble pulmonaire saisissable, ce qui est par parenthèse en faveur de l'hypothèse de bronchite simple droite que nous mentionnons ci-dessus.

Il présente une atrophie ancienne de la mamelle gauche qui n'a aucun rapport avec l'accident et quelques phénomènes légers physiques et psychiques : douleurs possibles et inquiétude sur son sort.

Y a-t-il là les éléments d'une infirmité permanente partielle, d'une réduction de valeur? Cela est possible en considérant les choses avec indulgence et en considérant surtout que le blessé a été gravement atteint, en admettant la réalité des douleurs et en admettant que F... qui a été l'objet d'examens médicaux qui n'ont pas été de nature à le rassurer sur son sort, ait conçu de son état une idée tout à fait exagérée mais naturelle après tout.

Pour ces raisons, nous proposons d'admettre le blessé au bénéfice d'une légère incapacité permanente partielle qui lui permettra

de garder encore quelques ménagements pendant un certain temps, de reprendre le travail doucement, car son travail normal est un travail pénible et qu'il ne pourrait peut-être pas exercer avant quelque temps. Cette réduction de valeur ne saurait aller au-delà de 5 à 10 %.

Conclusions. — 1° Le sieur F... a subi en novembre 1908 un traumatisme thoracique sérieux qui paraît avoir déterminé une contusion pulmonaire.

2° Des phénomènes pathologiques pulmonaires assez graves sur la nature desquels il est impossible de se prononcer ainsi que sur leurs relations exactes avec l'accident, se sont montrés ensuite mais ont actuellement complètement disparu.

3° Il nous paraît qu'aujourd'hui F... ne garde que quelques reliquats légers encore peut-être plus psychiques que physiques de son traumatisme, et c'est pour cette raison qu'on peut l'admettre au bénéfice d'une incapacité permanente partielle qui ne saurait certes dépasser le taux de 5 à 10 % avec consolidation à la date actuelle (19 mars 1909).

Obs. IX (Inédite). — *Rapport de M. le Pr Thoinot.*

Tuberculose antérieure à l'accident établie. — Contusions multiples et thoraciques en particulier. — Aggravation. — Incapacité absolue.

Dans un premier rapport, en date du 9 juin 1906, nous avions exposé que C... atteint d'une tuberculose pulmonaire très avancée, avait été blessé au cours du travail, le 1er septembre 1905. La grave contusion qu'il avait subie l'avait atteint à la tête et aussi aux régions thoraciques et lombaires. Nous avions relaté les suites de l'accident et indiqué que C... avait vu, depuis le traumatisme, son état général de santé s'aggraver profondément.

Quelques jours après l'accident, il avait craché, disait-il, du sang, puis à partir de ce moment, il avait toussé, maigri, et la tuberculose, très nette lors de notre examen, s'était installée peu à peu et avait évolué progressivement.

La tuberculose, en face de laquelle nous nous trouvions, était-elle ou non une tuberculose traumatique. Nous faisions remarquer que rien n'est plus difficile que de décider de la nature traumatique d'une tuberculose et que, pour résoudre cette question si épineuse, il est nécessaire de posséder des renseignements circonstanciés sur l'état du blessé avant l'accident et sur les phénomènes pathologiques pulmonaires qui ont pu suivre l'accident. Or, dans l'espèce, la plupart de ces renseignements nous manquaient ; nous ne savions rien de précis de la santé antérieure du blessé, et nous ne savions que fort peu de choses, ce qu'il nous disait lui-même, des phénomènes pulmonaires qui avaient suivi l'accident.

Nous déclarions donc qu'il nous était absolument impossible de dire, avec les pièces dont nous disposions, quelle avait été l'influence de l'accident sur la tuberculose pulmonaire dont souffrait C... « Il est certain, disions nous, que l'accident n'a pas créé la tuberculose, mais en a-t-il précipité l'évolution et dans quelle mesure a-t-il agi, c'est ce que nous ne pouvons absolument pas décider. »

Depuis notre dernier rapport, le Dr H..., médecin de la famille C..., est intervenu, a donné un certificat ainsi conçu : « Je certifie que M. C... est fréquemment, chaque hiver, atteint de grippe. Je pense qu'une tuberculose latente a été réveillée par la forte contusion du poumon reçue lors de l'accident du 1er septembre 1905. »

Le Dr H... nous a fourni de vive voix des renseignements qui complètent ceux contenus dans son certificat. Il soigne la famille C... depuis 1900. Il est certain que C... s'enrhumait facilement tous les hivers, qu'il toussait, mais il ne cessait pas son travail. Par conséquent, avant l'accident si C. . était tuberculeux, ce qui paraît très probable, la tuberculose était suffisamment masquée pour ne pas empêcher C. . de se livrer à un travail normal ou peu s'en faut. Le Dr H... a constaté, deux mois après l'accident, chez C... des lésions de tuberculose pulmonaire des plus nettes, suivant son expression, des lésions grossières ; nul ne pouvait se méprendre sur la tuberculose existant chez le blessé. Le Dr H..., nous déclare, en outre, qu'il a entendu parler par C .. de crachements de sang que le blessé aurait présentés après l'accident.

Ces renseignements suffisamment précis comblent donc partiel-

lement et de façon assez satisfaisante les lacunes auxquelles nous faisions allusion dans notre rapport. Il en résulte que C... était bien, ainsi que nous le pensions, un tuberculeux latent, mais en état de travailler encore.

L'accident n'a pas créé la tuberculose, il en a précipité l'évolution, et cela par le mécanisme normal : il semble bien, en effet, qu'il y ait eu blessure du poumon, et qu'à la faveur de cette blessure, l'ensemencement de la tuberculose se soit fait d'une façon plus large dans le poumon déjà malade.

Le Dr H... en nous disant que deux mois après l'accident, il y avait déjà des lésions grossières de tuberculose, nous fournit un renseignement précieux, et qui montre que, *pour latente qu'elle fût avant l'accident, la tuberculose existait bien chez C . et devait déjà être d'une certaine importance.*

Conclusions. — 1° C... est actuellement atteint de tuberculose pulmonaire très avancée, et il est en état d'incapacité absolue.

2° La tuberculose existait certainement avant l'accident, mais il n'est pas niable qu'elle a été aggravée et précipitée par l'accident, puisque avant le 1er septembre 1905, C... paraissait suffire normalement à son travail, et que, depuis lors, il a été, de par sa tuberculose, en état progressif empirant d'incapacité de travail. Juillet 1906.

Obs. X (Inédite). — *Rapport de M. le Profr Thoinot.*

Tuberculose antérieure à l'accident. — Contusion pulmonaire mal établie. — Rôle aggravateur improbable du traumatisme.

Le sieur C..., plâtrier, âgé de 30 ans, a été blessé, le 11 mars 1909. Il fit une chute d'une hauteur de quatre étages, et subit dans cette chute une commotion cérébrale certaine et une fracture de côte à gauche. Pendant un certain temps, le sieur C... se trouva dans un état d'obnubilation cérébrale assez marqué et conserva des reliquats généraux de son accident, le mettant en état d'incapacicité totale de travail.

J'avais examiné le 2 juillet 1909, le sieur C .., et j'avais déposé un rapport, en date du 8 juillet 1909. Dans ce rapport, j'énumérais les pièces diverses versées au dossier et qui établissaient les lésions souffertes par le sieur C .., puis résumant les données de l'examen que j'avais pratiqué moi-même, je déclarais que le sieur C.. était un individu pâle, amaigri, mais de façon encore assez modérée, portant des déformations costales dûes à un rachitisme infantile, des cicatrices cervicales difformes résultan de l'ouverture d'adénites suppurées anciennes, et enfin, des cicatrices de brûlures.

A l'auscultation, je n'avais point trouvé de signes évidents de bacillose pulmonaire.

Discutant toutes les données du cas assez difficile du sieur C..., je déclarais dans mon rapport que nous étions en présence d'un sujet dont la santé générale laissait depuis longtemps à désirer, que la bacillose chronique, au moins ganglionnaire, était certaîne chez ce blessé et qu'il semblait même en état d'incubation de tuberculose pulmonaire. J'avais admis que le sieur C... était dans un état de santé encore assez précaire, que cet état de santé défectueux pouvait, en partie, être attribué aux suites générales du traumatisme, et j'avais conseillé un repos de deux mois au blessé, et un ajournement de toute solution judiciaire.

Discutant les relations des manifestations bacillaires du sieur C .. avec l'accident, j'avais écrit qu'il fallait dès maintenant faire des réserves sur l'évolution ultérieure de la tuberculose chez C..., mais qu'*il fallait bien noter qu'elle était antérieure à l'accident, et qu'il ne fallait pas mettre sur le compte de celui-ci ce qui ne lui appartenait pas.*

Le sieur C.. se représente aujourd'hui (octobre 1909) devant nous ; il déclare qu'il n'a pas été en état de suivre nos conseils, c'est-à-dire de quitter Paris et d'aller prendre à la campagne le repos que nous avions jugé lui être nécessaire. Il ne tousse pas, il ne crache pas, mais il souffre plus que jamais du côté gauche de la poitrine, surtout à la partie inférieure ; c'est en cet endroit précis que se sont localisées toutes ses douleurs. Il a de l'appétit, mais il ne peut manger ; il a des vomissements fréquents ; bref,

son état de santé nous paraît plus précaire que jamais et il s'est déclaré tout aussi incapable de travailler que lors de notre première visite.

Il nous a paru évident que l'amaigrissement du sieur C. . s'était prononcé depuis notre dernier examen du blessé. Il accuse, lui, une perte de poids de plusieurs kilos ; nous ne pouvons naturellement dire à quel point ses allégations sont exactes, mais il est certain que la poitrine est encore plus maigre qu'auparavant et que les côtes font sous la peau un relief plus accusé qu'à notre examen de juillet 1909. Le sieur C... nous paraît, dès le premier abord, être dans un état général plus défectueux encore qu'en juillet 1909.

Nous avons ausculté le blessé, et nous avons, cette fois, trouvé des lésions que nous n'avions pas relevées en juillet 1909. Ces lésions sont localisées au poumon droit et surtout à sa partie supérieure et postérieure ; elles consistent en élévation du son à la percussion, en obscurité de la respiration qui prend pendant le stade expiratoire un caractère humé très net ; bref, il semble y avoir de l'emphysème pulmonaire, des lésions pleurales sèches, et, en somme, des lésions de fibrose pulmonaire, le tout imputable évidemment à la bacillose pulmonaire qui paraît bien, cette fois, avoir commencé son évolution de la façon la plus nette, évolution d'ailleurs fort lente, mais qui suffit à expliquer l'état général de plus en plus défectueux du blessé.

Le sieur C . est donc manifestement aujourd'hui atteint de l'affection que nous prévoyions dès le mois de juillet 1909, à savoir de bacillose pulmonaire à évolution jusqu'ici assez lente. Il reste à discuter quelles peuvent être les relations de cette affection avec le traumatisme subi par le blessé en mars 1909.

Dans notre précédent rapport, nous avions bien fait remarquer qu'il y avait toutes réserves à faire sur une atteinte ultérieure du poumon chez C. ., et qu'il ne faudrait point mettre cette atteinte survenant chez un individu depuis longtemps en puissance de bacillose ganglionnaire, sur le compte de l'accident, et nous ne pouvons que reproduire cette opinion dans sa formule. On peut, comme argument nouveau contre la relation de cause à effet entre

le traumatisme et la bacillose pulmonaire, faire valoir que la *contusion pulmonaire n'a jamais été bien prouvée chez le sieur C.* , que les lésions pulmonaires ont mis un certain temps à se caractériser après le traumatisme, et qu'enfin *elles prédominent du côté droit alors que le traumatisme a surtout porté sur le côté gauche*. Cependant nous ne voudrions point être trop affirmatifs et nous ne voudrions point dire qu'un traumatisme qui a paru être grave, puisqu'il a entraîné une commotion cérébrale et qu'il a paru déprimer fortement le blessé, n'a pu être sans une influence au moins indirecte sur l'évolution de la bacillose pulmonaire, et qu'il n'en ait pas quelque peu précipité l'évolution ; ce n'est là qu'une hypothèse, mais c'est une hypothèse en faveur du blessé qu'il ne faut point passer sous silence. Elle est à peser judiciairement dans l'évaluation du tort que l'accident a pu causer à C...

C... est actuellement hors d'état de travailler. Son état semble s'aggraver de jour en jour, mais c'est à l'évolution seule de sa bacillose pulmonaire qu'il faut attribuer ce fâcheux état, et non pas directement à l'accident lui-même. L'accident n'en pourrait être responsable qu'autant qu'une influence quelconque lui pourrait être attribuée sur l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, et nous venons de dire ci-dessus quelles restrictions s'imposaient dans le cas d'espèce.

Conclusions. — 1° Le sieur C... nous semble aujourd'hui dans un état général encore plus précaire que lors de notre visite en 1909 et cet état fâcheux doit être attribué, suivant nous, à l'évolution de bacillose pulmonaire qui n'était qu'en incubation lors de notre dernière visite, et qui s'est prononcée nettement depuis lors.

2° Il n'est pas aisé de démontrer que la bacillose pulmonaire chez ce sujet, porteur certainement depuis longtemps de germes tuberculeux et ayant présenté antérieurement des manifestations bacillaires certaines, puisse être rattachée au traumatisme de mars 1909 en tant qu'effet direct ou indirect de ce traumatisme. Cependant, il faut apporter à cette négation une certaine restriction car *il n'est pas impossible, à la rigueur, que le traumatisme violent qu'a subi le sieur C... , ait pu, en déprimant fortement un organisme déjà affaibli, favoriser quelque peu et hâter peut-être, d'une façon quel-*

conque, l'éclosion de la bacillose pulmonaire, qui, d'ailleurs, de toute façon, semblait imminente chez le sieur C...

Obs. XI (Inédite). – *2 rapports de M. le Pr Thoinot.*

1er Rapport. — *Contusion thoracique avec fracture de côte ayant occasionné une congestion pleuro-pulmonaire avec poussée tuberculeuse légère. Nécessité d'attendre pour conclure.*

2e Rapport. — *Aggravation de la tuberculose. Difficulté de faire la part du traumatisme dans cette aggravation.*

1er Rapport (novembre 1909). — Le sieur D ..., garçon maçon, âgé de 42 ans, allègue qu'il a été blessé au cours du travail le 7 août 1909. Il a reçu sur la tête une malle lourdement chargée. Il a été renversé, projeté sur un tas de gravats, et a subi une fracture de la dixième côte.

Le sieur D.. n'est pas capable de donner des détails très circonstanciés sur les suites de son accident. Tout ce que nous pouvons démêler, c'est que, après être rentré chez lui, il a dû s'aliter, qu'il a souffert pendant de longues semaines d'une congestion pulmonaire, et que, depuis lors, son état est resté précaire. Il nous affirme qu'il n'a pas craché de sang à aucun moment, ni après son accident, ni dans le cours de sa congestion pulmonaire.

A l'heure actuelle, il se plaint d'avoir beaucoup maigri, de manquer de force, de souffrir de la région blessée, de tousser continuellement, et d'être à chaque instant exposé à des rechûtes de bronchite.

Au dossier, il existe des pièces médicales assez nombreuses ; ce sont :

1° Un certificat du Dr W., en date du 7 août 1909, indiquant chez D .. des plaies contuses légères du cuir chevelu et du thorax.

2° Certificat d'un autre médecin dont la signature est illisible, en date du 8 août 1909, indiquant une contusion de la région latérale droite du cuir chevelu, une fracture costale à droite sur la

ligne axillaire (8e ou 9e côte) et estimant la durée probable de l'incapacité de travail à 20 jours environ.

3° Rapport du Dr T. (août 1909). — Le Dr T. rappelle d'abord les commémoratifs de l'accident. Pendant trois semaines, le blessé garda le lit. La fièvre ne le quittait pas ; il toussait beaucoup ; il crachait des mucosités sanguinolentes, souffrait du côté, etc. Depuis quelques jours, la température est tombée ; le malade commence à se lever et à prendre de la nourriture ; les symptômes s'amendent, les quintes de toux sont espacées, mais les forces ne reviennent point et l'expectoration continue. Dans son examen le Dr T. ne relève aucune trace de cicatrices sur la paroi thoracique. Le Dr T. mentionne un certificat du Dr M., en date du 18 août, indiquant que le blessé ne peut quitter le lit, étant atteint d'une fracture costale compliquée de congestion pulmonaire ; le Dr T. constate sur la ligne axillaire, au niveau de la dixième côte, une espèce de cal rugueux dénotant une fracture de la dite côte. Il demande qu'une radiographie fut faite par le Dr K. et cette radiographie montre nettement, sur le trajet de la dixième côte, une solution de continuité.

Le Dr T. a pu constater encore chez le blessé des symptômes thoraciques : à la percussion, sonorité anormale à gauche, et matité à droite, à partir de l'angle de l'omoplate. Dans cette zone de matité, on entend des râles crépitants groupés en petits foyers disséminés, et tout à fait à la base, des frottements pleuraux. Les vibrations thoraciques sont notablement affaiblies. Cet ensemble de symptômes nous permet d'affirmer — dit le Dr T. — que nous sommes évidemment, à droite, en présence d'une poussée pleuro-pulmonaire en effervescence, en présence d'une irritation inflammatoire de la plèvre, et du lobe inférieur du poumon droit en voie de résolution.

En résumé dit le Dr T., le traumatisme du 7 août a eu pour suite immédiate la fracture de la dixième côte droite et, consécutivement, une poussée localisée de pleuro-pneumonie. Actuellement, la poussée inflammatoire est en bonne voie de résolution, et l'ensemble clinique nous permet de prévoir la guérison complète et la reprise possible du travail pour la fin du mois prochain.

4° Le Dr B. a vu le 28 octobre le blessé. Il trouve que le blessé est beaucoup mieux au point de vue général ; il a bien repris ; il sort ; il ne tousse plus. Nous noterons cette phrase tout à fait intéressante pour notre discussion ultérieure : « L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal, mais seulement une légère diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon droit, surtout en arrière. »

Examen. — Le sieur D . est, de toute évidence, un individu maigre, de mauvais état général. Les côtes, la clavicule se dessinent vivement sous les téguments. Il présente à la base du thorax, à droite, un vaste placard de pointes de feu, d'application déjà ancienne ; il existe un autre placard du côté gauche au-dessous des fausses côtes.

Dès le premier abord, D .. donne l'impression d'un tuberculeux et l'examen méthodique du poumon confirme absolument cette impression.

A droite, en avant, sous la clavicule, existe une submatité légère mais nette, avec expiration prolongée, rude, et légèrement saccadée. En arrière, on ne trouve point, dans les fosses sus-épineuses, de différence à la percussion, mais à droite, l'inspiration est nettement prolongée et rude et il existe, de la façon la plus nette, les phénomènes de transmission de la voix chuchotée.

A la partie inférieure du thorax, on trouve, en arrière et sur les côtés, des frottements pleuraux encore des plus caractérisés, sur une zone assez haute, indiquant la présence d'adhérences pleurales sur toute la base du poumon.

D... ne crache pas ; nous aurions voulu pouvoir faire une analyse de crachats chez lui, mais la toux n'a pu ramener qu'un crachat sans caractères.

Il n'existe chez lui aucune autre manifestation tuberculeuse en évolution. Les testicules sont normaux, et il n'a point de fistule anale. Notons cependant la présence de petits ganglions indurés en grande quantité dans les deux aines, l'absence de ganglions cervicaux, etc.

Discussion. — Il nous faut maintenant discuter le cas de D... en nous aidant, outre les résultats de notre examen, des résultats con

signés dans l'enquête de M. le Juge de paix et des divers certificats ou rapports médicaux qui ont été établis

Il ne saurait être contesté que D . . a subi le 7 août une fracture de la 10e côte. Il est également parfaitement établi qu'après cette lésion thoracique s'est déclaré ce que le Dr M. a appelé une « congestion pulmonaire », ce qui a semblé plutôt au Dr T. . . être une manifestation pleuro-pulmonaire. A vrai dire, en tenant compte de ce que nous entendons aujourd'hui, il semble bien que la plèvre ait été manifestement intéressée par cet épisode aigu. Il serait tout à fait irrationnel, en présence d'une contusion thoracique avec fracture de côte, de ne point attribuer la manifestation pleuro-pulmonaire qui a suivi et qui a été exactement localisée à l'endroit où avait porté le traumatisme, à ce traumatisme. *Donc : traumatisme thoracique, pleurésie ou affection pleuro-pulmonaire consécutive.* Voilà des termes qui nous semblent acquis.

Aujourd'hui, il est non moins acquis que le sieur D. . . fait une bacillose pulmonaire du côté droit ; cette bacillose est à son premier terme d'évolution, elle est encore fermée, mais elle a déjà profondément atteint l'état général.

Il apparaît donc que le traumatisme, s'il n'a pas créé la tuberculose, n'a pas été sans influence sur la détermination et l'évolution des manifestations que nous constatons aujourd'hui ; c'est à droite que le sieur D. . . a été frappé, à droite qu'est sa tuberculose et nous trouvons comme phénomène intermédiaire et reliant les manifestations actuelles au traumatisme, une poussée pleuro-pneumonique nettement localisée au côté traumatisé. *L'enchaînement nous paraît donc parfaitement établi*, au moins sur le terrain pratique, car il est entendu que c'est sur lui seul que nous devons rester, et c'est lui seul qu'il faut considérer en accidents de travail.

Il reste cependant un certain nombre de points à déterminer. Nous ignorons quel était l'état de santé de D . . avant son accident, s'il n'avait point déjà présenté quelque manifestation de bacillose pulmonaire, ou si, au contraire, il était en apparence d'excellente santé, et tout à fait apte au travail. Il est vrai que le Dr B. . signale que, le 28 octobre, en l'auscultant avec le Dr M . , il n'a pas trouvé de phénomènes pathologiques. Cependant il signale une légère

diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon droit Ces constatations ne sont point assez nettes pour nous fixer sur l'état pulmonaire de D... à la fin du mois d'octobre et ne décident point la question de l'intégrité apparente du poumon avant l'accident.

Nous ne voudrions pas, d'autre part, préjuger de l'évolution ultérieure de cette bacillose ; il se peut qu'il n'y ait, tout simplement, sous l'influence du traumatisme, qu'un coup de fouet, et que les choses reviennent à un état tolérable dans un délai de quelques semaines ou de quelques mois. Aussi pour toutes ces raisons, proposons-nous de surseoir, de maintenir le sieur D... en état d'incapacité temporaire et de le revoir dans deux ou trois mois pour porter un jugement plus réfléchi sur les véritables causes du traumatisme.

Conclusions. — 1° Le sieur D... a subi le 7 août 1909 une fracture de côte à droite qui a manifestement déterminé une poussée de pleuro-pneumonie à la base droite.

2° Il présente à l'heure actuelle des manifestations de bacillose débutante au sommet du poumon droit et il nous paraît que le traumatisme n'a pas été sans quelque influence, au moins sur l'évolution de cette poussée bacillaire.

3° Mais il est trop tôt encore pour se prononcer ; il y a lieu de voir ce que deviendra cette poussée, de donner au sieur D. . le temps et les moyens de se traiter aussi complètement que possible, et nous proposons d'ajourner la solution de l'affaire au moins à deux ou trois mois.

2e Rapport (Mars 1910) — Nous revoyons aujourd'hui le sieur D.. Il nous déclare que depuis que nous l'avons vu, il éprouve des douleurs thoraciques très vives, qu'il tousse la nuit. Il n'a pas eu d'hémoptysies depuis notre examen ; en somme, son état ne s'est point amélioré d'après lui, et même, il aurait subi une certaine aggravation.

Nous notons chez le sieur D... une maigreur extrêmement prononcée : les creux sous-claviculaires sont très marqués, les clavicules saillantes, les creux sus-claviculaires également très prononcés.

Les côtes se dessinent vivement sous le thorax, il nous semble que le blessé a raison lorsqu'il indique qu'il a beaucoup maigri.

La respiration est modifiée, surtout au sommet droit, elle est là très prolongée, rude, un peu saccadée. Les vibrations vocales sont exagérées soit à la palpation, soit à l'auscultation. Nous retrouvons encore à droite le phénomène de transmission de la voix chuchotée que nous avions noté antérieurement.

En comparant les résultats que nous avons notés aujourd'hui par l'examen du sommet du poumon droit, et ceux que nous avions notés autrefois, nous retrouvons exactement les mêmes termes. Quant au côté gauche, il est toujours beaucoup moins atteint que le côté droit, et on ne note que quelques modifications de son ou de respiration très peu caractéristiques.

A la base du poumon droit, nous retrouvons des frottements pleuraux mais beaucoup moins accentués qu'autrefois.

Dans les pièces qui nous ont été soumises et qui ont été rédigées depuis notre dernier examen, nous trouvons une note du Dr B..., en date du 12 février 1910, dans laquelle il est dit que l'état général du sieur D... s'est considérablement amélioré, qu'il ne tousse plus, qu'il a beaucoup engraissé. Le Dr B. . ne trouve presqu'aucun signe à l'auscultation et il pense que D. . n'est pas un bacillaire et qu'il est guéri sans incapacité permanente partielle de son accident.

Nous ne saurions partager cette opinion ; il nous semble que l'état général de D... est bien précaire, il nous semble encore que les signes d'auscultation et de percussion dénotent une évolution bacillaire au 1er degré, absolument incontestable, et nous ne pensons pas, par conséquent, qu'il y ait lieu de modifier notre opinion première sur D..., à savoir qu'il s'agit d'un bacillaire. Mais le problème principal, les relations de cette bacillose que nous constatons avec le traumatisme, reste entier. Il est bien certain que ce n'est pas le traumatisme qui a créé le bacillose, mais il nous paraît qu'il lui a donné certainement un coup de fouet. Dans qu'elle mesure exacte l'a-t-il aggravée ? C'est très difficile à dire puisque, pas plus aujourd'hui que lors de notre premier examen, nous ne connaissons les antécédents du sieur D... Peut-on affirmer que

sans le traumatisme, la tuberculose ne se serait point développée, ou plutôt n'aurait pas pris la marche qu'elle a prise ? Certainement non, encore qu'il ne serait pas raisonnable de négliger complètement le traumatisme.

Le cas du sieur D..., comme tous les cas de tuberculose dite traumatique, est un cas fort épineux ; il ne se présente pas avec les caractères de netteté que l'on trouve dans quelques-uns de ces cas et l'appréciation est ici une des plus difficiles que nous ayons rencontrée. On ne peut donc faire, à notre avis, qu'une appréciation arbitraire et nous pensons qu'il faut accorder au sieur D... une réduction de valeur industrielle sans mettre toutefois l'invalidité évidente du blessé au compte du seul traumatisme ; nous proposons de lui allouer une réduction de valeur industrielle de 20 à 25 % avec la consolidation à la date de ce jour.

Conclusions. — 1° Il faut considérer aujourd'hui l'état du sieur D..., comme consolidé, les suites immédiates du traumatisme ont complètement disparu, mais il semble que le traumatisme n'a pas été sans exercer une influence notable sur l'évolution bacillaire que présente manifestement D...

2° Fixer qu'elle a été la part du traumatisme dans l'évolution de la tuberculose est extrêmement difficile dans le cas présent qui est des plus épineux, car nous manquons de presque toutes les données qui pourraient former un criterium sérieux.

Nous proposons arbitrairement et en faveur du blessé, de considérer que le traumatisme a réduit sa valeur industrielle de 20 à 25 %.

Obs. XII (Inédite). — Rapport de MM. Descoust, Richardière et Thoinot.

Tuberculose antérieure très probable. — Traumatisme thoracique suivi d'hémoptysie. — Aggravation probable de la tuberculose mais difficile à établir.

Le sieur R... allègue qu'il a été blessé le 20 novembre 1904 ; la voiture dans laquelle il se trouvait fut tamponnée par un tramway :

il tomba à terre sous son cheval et fut blessé par lui et par un des brancards, du côté gauche.

Quelques jours après, il eut un crachement de sang et depuis lors sa santé générale a été fortement ébranlée ; il ne s'est jamais remis en réalité et est absolument incapable de tout travail.

Au dossier, nous trouvons un certain nombre de certificats et rapports médicaux qui nous renseignent sur la nature du traumatisme subi par R... et sur l'évolution des accidents consécutifs. Ce sont :

1° Certificat du Dr G..., en date du 1er décembre 1904. Il y est dit que R..., qui a subi un traumatisme de la région costale gauche, n'est pas rétabli des suites de ses blessures, qu'il existe encore un foyer douloureux localisé sur la neuvième côte au voisinage du cartilage, que le malade est encore incapable pour un temps indéterminé mais paraissant néanmoins ne pas devoir dépasser trois semaines, sauf complications, de reprendre son travail habituel à cause de la violente douleur que provoquent chez lui, au niveau du point lésé, tous les mouvements actifs ou passifs.

2° Rapport du Dr Ch., disant que l'auscultation lui a fait reconnaître nettement une tuberculose pulmonaire siégeant avec maximum à gauche. R.. devait être antérieurement en puissance de tuberculose latente lui laissant toute facilité de travail ; le traumatisme sur le côté gauche a sans doute donné un coup de fouet à cette tuberculose et l'a ainsi révélée. Le pronostic semble très sérieux, mais il n'est pas possible de se prononcer nettement sur l'avenir.

3° Certificat du Dr J., en date du 5 novembre 1905. Le Dr J. y rappelle d'abord le passé. R . , après son traumatisme au côté gauche du thorax, conserva d'abord une douleur localisée très vive au niveau des 9e et 10e espaces intercostaux.

R . parlait de reprendre son travail lorsque se manifestèrent au niveau du point lésé tous les signes d'une vive congestion pulmonaire avec expectoration sanguinolente. L'état général devint mauvais et il sembla bien qu'on se trouvait en présence d'une tuberculisation aiguë localisée au poumon gauche.

A la date du certificat, il semblait y avoir un léger arrêt dans le processus tuberculeux, mais l'amaigrissement persistait toujours

ainsi que les lésions et « le malade semblait arrivé à un degré de la tuberculose où on peut plus se leurrer d'espoir. »

4° Deuxième rapport d'expertise du Dr Ch. (juin 1906) indiquant que les phénomènes morbides décelables à l'auscultation n'ont guère diminué ; il y a eu seulement progression lente ; la guérison n'est d'ailleurs guère à espérer ; R .. ne peut se livrer à l'exercice de sa profession et sa valeur professionnelle est diminuée de 50 °/₀.

5° Certificat du Dr J. en date du 27 octobre 1906 ; il est dit que les symptômes pulmonaires persistent de plus en plus alarmants, que l'amaigrissement est extrême, la diarrhée fréquente, etc., et que le malade, malgré un séjour de plusieurs mois à la campagne, voit ses forces l'abandonner de plus en plus.

6° Troisième expertise du Dr Ch., assisté du Dr G. (15 novembre 1906). Ils constatent chez R .. l'aspect du phtisique à l'état consomptif ; les doigts sont hippocratiques ; les signes de la tuberculose sont des plus nets au poumon gauche.

R .., d'après eux, n'a pas d'antécédents héréditaires. Il a trois enfants en bonne santé ; il n'aurait jamais subi d'interruption dans son travail pour maladie, mais il est faible de constitution. Les experts concluent que le mal n'a fait qu'aller en s'aggravant chez R .. surtout depuis juin 1906, qu'il n'a pu et ne pourra reprendre l'exercice de sa profession, et qu'il a perdu, dans l'hypothèse la plus favorable 90 °/₀ de sa valeur professionnelle.

L'examen actuel du sieur R... nous a donné les résultats suivants :

C'est un individu d'apparence chétive, fort amaigri, semble t-il, à côtes se dessinant nettement sous la peau, à système musculaire peu développé. On note chez lui un gros chapelet de ganglions indurés dans le creux axillaire du côté droit. Au niveau de la partie inférieure de l'aisselle gauche, existe une petite cicatrice consécutive à un abcès sur lequel le sieur R. ne donne aucun détail Les lésions du poumon qu'on s'attendrait à trouver des plus prononcées, sont relativement faibles quoique non douteuses et semblent plus accuser une tuberculose en évolution scléreuse et torpide, qu'une tuberculose en évolution aiguë et bruyante. La respiration est rude

et soufflante à l'expiration aux deux sommets, mais on ne perçoit pas de craquements, indices de ramollissement. La submatité à la percussion en avant et en arrière est plus marquée à droite où la respiration acquiert en outre un caractère saccadé.

Le cœur paraît normal.

Discussion. — Nous allons maintenant pouvoir discuter toutes les questions qui se posent à nous. Elles sont les suivantes :

1° Quel est l'état actuel de R... ; quel est le pronostic de son état et son influence sur la capacité au travail ;

2° Cet état a-t-il une relation avec l'accident ; de quelle nature ?

1° L'état actuel de R... est facile à préciser R. . est un tuberculeux dont le mal évolue sous forme scléreuse, c'est-à-dire lente, à pronostic fort difficile à établir. La sclérose se fera-t-elle jusqu'au bout, c'est-à-dire amènera-t-elle une guérison apparente devant se maintenir plus ou moins longtemps ? Une évolution active ne va-t-elle pas remplacer à plus ou moins bref délai l'évolution scléreuse, au grand dommage du malade ? Nous ne le savons absolument pas. On comprendra combien il est difficile dans ces circonstances de fournir un jugement ferme sur l'avenir de R...

Quelle influence exerce et exercera la maladie sur la capacité de travail du blessé ? L'incertitude de l'avenir ne permet de rien dire pour le futur. Pour le présent, R .. se prétend absolument invalide et la Compagnie le conteste par un constat du 17 avril 1907. Elle tend à faire la preuve que R . peut travailler, au moins dans une certaine mesure. La vérité nous paraît être que R... peut fournir en effet un travail mais sans doute faible et que vraiment il ne saurait être assimilé à un ouvrier normal.

Dans l'état actuel, le seul que nous puissions juger, nous l'avons dit, il a bien perdu la moitié ou les deux tiers de sa valeur ouvrière.

2° L'état actuel, c'est-à-dire la tuberculose pulmonaire de R.. a-t-il une relation avec l'accident et de quelle nature ?

Nous nous trouvons en présence de deux thèses fort opposées. La première est celle de la Compagnie défenderesse, laquelle ne voit aucune relation entre l'accident et la tuberculose de R..,

La deuxième est celle du Dr J. . et des experts qui pensent qu'il y a au moins, dans une certaine mesure, relation entre la tuberculose et l'accident.

Pour décider de façon précise entre ces deux thèses, il faudrait connaître exactement les points suivants :

a) L'état de R. . , antérieurement à l'accident, c'est-à-dire : R... était-il ou non tuberculeux latent ou avéré ?

b) Quels sont exactement les phénomènes pulmonaires qui ont suivi l'accident ?

De l'état antérieur de R.. nous ne savons que ce qu'il nous dit lui-même. Il déclare qu'il a toujours satisfait à sa besogne, qu'il était de bonne santé ; si cela est, et nous n'avons aucun moyen de contrôle, il n'était pas tuberculeux avéré avant l'accident, mais n'était-il pas tuberculeux latent ? Il y a à cette hypothèse quelque fondement de vraisemblance. R... nous dit qu'il a toujours été faible de constitution ; il a été réformé du service en août 1886 ; comme on lui en demande la raison, il allègue quelque excuse vague.

S'il faut en croire l'enquête que nous soumet la Compagnie, R... a une hérédité collatérale fort chargée. Sa mère serait morte en 1867 d'une maladie de poitrine ; R. . serait seul survivant de sept enfants nés de ses père et mère ; ses six frères et sœurs seraient tous morts de maladies de poitrine ; enfin, et c'est là le seul fait certain, on trouve dans l'aisselle gauche de R... une adénopathie ancienne vraisemblablement tuberculeuse.

Il n'y a donc non pas certitude mais grande vraisemblance que R .. était au moins en état de tuberculose latente avant l'accident.

Nous sommes donc autorisés à dire que l'accident n'a pas créé la tuberculose, mais n'a-t-il eu avec elle aucune relation ?

Le Dr L . , médecin de la Cie, n'hésite pas à dire qu'il n'y a aucune relation ; pour lui, R. a subi comme tous les tuberculeux dans l'hiver 1905, une bronchite et le mauvais état constaté ensuite n'est que l'évolution normale de la tuberculose.

MM. Ch. . et G . d'une part, le Dr J... de l'autre, ont vues choses de façon différente ; ils ont pensé que R... était un tuber-

culeux latent, mais que l'accident avait fouetté sa tuberculose et l'avait révélée en l'aggravant.

Le meilleur argument qui ait été donné en faveur de cette façon de voir est celui que nous trouvons dans un certificat du Dr G... R... est frappé du côté gauche et le traumatisme lui laisse une douleur pongitive intense au côté gauche, au niveau des 9e et 10e espaces intercostaux. Puis, à quelque temps de là, se montre à gauche une violente congestion pulmonaire, avec fièvre, expectoration sanguinolente, etc., qui marque le début apparent de la tuberculose pulmonaire, qui depuis lors ne cesse d'évoluer avec des périodes d'activité et de calme relatifs.

Sans doute, il est regrettable qu'il n'y ait pas plus de précision dans le certificat du Dr G..., que la date exacte de la complication pulmonaire ne soit pas indiquée, que les phénomèmes d'auscultation n'aient pas été précisés, etc.

Mais enfin, cette constatation a quelque valeur.

Celle du Dr Ch. . qui indique qu'à ses premiers examens les lésions pulmonaires tuberculeuses étaient surtout localisées à gauche, c'est-à-dire du côté traumatisé, a aussi quelque valeur. C'est bien ainsi que débute la tuberculose dite traumatique, c'est-à-dire la tuberculose révélée, localisée, par un accident. Et, puisque seules les hypothèses nous sont permises, à nous qui n'avons pas vu le blessé, qui jugeons trois ans après l'accident et sur des documents contradictoires, nous avons bien le droit de pencher vers celle qui se présente comme la mieux appuyée, et de dire qu'il est vraisemblable que le traumatisme du 20 novembre 1904 a aggravé chez R... une tuberculose latente.

On voit de combien d'obscurités toute cette affaire est entourée et, qu'en somme, ce n'est pas un jugement précis que nous formulons, mais une hypothèse qui se présente avec plus de vraisemblance que les autres.

Sous cette réserve capitale qu'il ne faudrait sans doute pas perdre de vue dans l'appréciation juridique du cas, nous formulons les conclusions suivantes :

1° R... est indubitablement atteint à l'heure actuelle de tuber-

culose pulmonaire, à forme torpide et dont l'évolution ni la durée ne sauraient être précisées de façon certaine ;

2° Il ne nous semble pas que cet état soit compatible avec une capacité ouvrière ou professionnelle normale. R... ne dispose sans doute que de la moitié ou du tiers de la capacité ouvrière normale.

3° Nous croyons — sans pouvoir le démontrer scientifiquement — que R... était tuberculeux ou du moins tuberculeux latent avant novembre 1904.

4° Nous croyons aussi que c'est une hypothèse raisonnable et la plus plausible parmi celles qui se présentent dans le cas actuel, que d'accepter l'aggravation de la tuberculose latente de R .. par l'accident survenu en novembre 1904.

Nous terminerons la liste de ces observations en rapportant un cas fort intéressant, où l'on voit des phénomènes d'aggravation nets d'une tuberculose bien supportée jusque là sans l'influence d'un accident de décompression (ouvrier travaillant dans un caisson) ayant déterminé une hémoptysie.

Obs. XIII (Inédite), *communiquée par M. le Prof^r Thoinot.*

G..., 47 ans, travaillait, le 19 juin 1904, dans une cloche à plongeur, lorsqu'il fut victime, en sortant de la cloche, de l'accident désigné communément sous le nom de *coup de pression*. Il dit qu'au moment où il sortait, il lui arriva une grande quantité de sang dans la bouche et il éprouva comme un coup de tampon dans les oreilles. Un de ses camarades l'a vu aussitôt après cet l'accident soutenu par d'autres ouvriers et crachant le sang.

Depuis cette époque il fut atteint d'une surdité a peu près complète.

Ce malade a été examiné le 10 décembre 1904.

Il déclare qu'il avait maigri un peu avant l'accident, mais que sa

santé était néanmoins assez satisfaisante et qu'il avait toujours travaillé régulièrement ; il n'avait jamais eu d'hémoptysies.

Depuis l'accident les hémoptysies ce sont répétées avec une extrême fréquence : il tousse et il crache beaucoup ; il a maigri de 4 kilogr., et se plaint d'essoufflement et d'oppression continuels.

A l'examen physique des poumons, on constate des signes évidents de tuberculose en évolution au sommet gauche :

En arrière : grande diminution du murmure vésiculaire, râles sibilants de bronchite très localisés au sommet ; craquements humides après la toux.

En avant : résistance au doigt et submatité à la percussion ; diminution du murmure vésiculaire ; craquements humides après la toux.

L'examen des crachats y montre des bacilles de Koch en abondance.

III **Pleurésies traumatiques et tuberculose pulmonaire traumatique.**

Depuis longtemps on a remarqué les rapports du traumatisme et de la pleurésie : c'était à l'époque où la théorie de la pleurésie *a frigore* régnait incontestée, et où toute pleurésie survenant chez un sujet en apparence de santé était attribuée à une cause externe : refroidissement ou traumatisme thoracique.

Mais depuis une vingtaine d'années nos connaissances sur la pleurésie séro-fibrineuse se sont totalement modifiées ; les méthodes de laboratoire ont précisé une série de points que la clinique seule ne pouvait résoudre. Dans certains cas on trouve des bacilles de Koch directement dans l'exsudat pleural ; dans la plupart des cas l'inoculation du liquide aux cobayes démontra sa nature tuberculeuse ; le pouvoir agglutinant d'un grand nombre de liquides pleuraux sur une émulsion de bacilles de Koch fut également établi (Feitu). Enfin, la cytologie est venue montrer que tous ces épanchements soi-disant *a frigore* possédaient une formule cytologique constante (lymphocytes et hématies) caractéristique des pleurésies tuberculeuses ; si bien que le côté clinique de la question peut être résumé par le célèbre aphorisme de Landouzy : « Toute pleurésie séro-fibrineuse qui ne fait pas sa preuve est une pleurésie tuberculeuse ».

Le premier groupe des pleurésies dites de cause externe (pleurésie *a frigore*) était donc bien nettement rejeté dans le domaine de la tuberculose : il en a été de même des pleurésies traumatiques, et nous n'avons pas encore rencontré de cas venant s'opposer formellement à cette règle : *que toute pleurésie séro-fibrineuse traumatique est une pleurésie tuberculeuse.*

C'est ainsi que Lebert (1872) rapporte que chez un sujet bien portant, une contusion droite du thorax entraîna une pleurésie suivie de symptômes de tuberculose avec mort rapide ; Lustig (1884) observe à la suite d'un accident une pleurésie hémorragique suivie d'une tuberculisation rapide ; Specker (1893) attribue à un effort (?) une pleurésie abondante suivie de guérison ; Chauffard (1896) établit par l'inoculation au cobaye la nature tuberculeuse de plusieurs épanchements traumatiques et Hebert (1896), son élève, soutient la théorie de la nature tuberculeuse de tous les épanchements séro-fibrineux traumatiques ; Stern (1900) se rallie à cette opinion. Feitu la confirme par la recherche du pouvoir agglutinant des épanchements pleuraux. Enfin les observations plus récentes de Barjon et Lesieur (1901), de Mosny (1902) et de Chavastelon (thèse 1902) viennent encore confirmer cette règle de la façon la plus absolue.

Avant d'étudier les conséquences médico-légales de pleurésies traumatiques, nous tenons à rapporter ici un cas fort intéressant observé récemment par nous et parfaitement conforme à la théorie de la nature tuberculeuse des épanchements traumatiques : l'intérêt particulier de cette observation réside dans l'apparition, aussitôt après la contusion qui avait intéressé la région précordiale,

de symptômes graves de péricardite, lesquels se sont vite amendés ; il est bien à présumer que cette péricardite reconnaissait la même étiologie tuberculeuse que la pleurésie.

Obs. XIV (Personnelle. — Inédite). — *Recueillie dans le service de M. le Prof^r Thoinot.*

Pleuro-péricardite traumatique chez un tuberculeux latent.

Pierre C..., 30 ans, garçon de restaurant, entre le 21 mars 1911 à l'hôpital Laënnec, salle Damaschino.

Antécédents héréditaires. — Père très robuste, mort d'accident ; mère de constitution assez faible, mais ne toussant pas ; elle a eu 9 enfants : 2 sont morts en bas âge, d'affections indéterminées ; un 3^e est mort à 30 ans, de fièvre typhoïde. Tous les autres sont robustes et bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade est marié à une femme bien portante ; il est père d'un enfant de 3 ans d'excellente santé.

Il y a 4 ans, il a été soigné à l'hôpital Laënnec pour une affection aiguë des voies respiratoires, qui fut étiquetée : congestion pulmonaire ; cet affection dura environ 1 mois et fut suivie d'une rechute dont la durée fut à peu près équivalente ; il n'avait jamais été malade auparavant. Depuis cette époque, il s'enrhume avec une extrême facilité et tousse presque toujours un peu ; l'état général est pourtant toujours excellent et il n'a jamais eu d'interruption de travail pour raison de santé, bien que le travail exigé par son métier soit des plus pénibles. Il ne présente pas de symptômes d'éthylisme chronique.

Histoire de la maladie. — Le vendredi 10 mars, à 9 heures du soir, il glisse dans la rue, sur une peau d'orange et tombe en avant ; le coup porta sur la région thoracique gauche et plus spécialement *sur la région précordiale* qui fut violemment contuse ; il ressentit aussitôt une très vive douleur précordiale, accompagnée d'angoisse et de gêne respiratoire. Il put néanmoins se rendre seu

et sans aide jusqu'à son domicile qui était peu éloigné. Dans la nuit, les phénomènes douloureux augmentèrent ; la dyspnée devint intense, des frissons survinrent et il eut des vomissements à plusieurs reprises, avec hoquet. Le lendemain, il reste couché : la douleur et l'angoisse précordiale avaient encore augmenté, des vomissements survenaient encore de temps à autre. Le 15 mars, il se rend à l'Hôtel-Dieu, souffrant toujours beaucoup ; on lui conseille d'entrer à l'hôpital, il s'y refuse et tente, mais vainement, de reprendre son travail les 16 et 17 mars, le moindre effort étant rendu impossible par la douleur.

Il se décide enfin à entrer à l'hôpital Laënnec le 21 mars.

Examen le 21 mars. — Homme de très robuste constitution, un peu obèse. On le trouve en proie à une angoisse extrême, ayant des vomissements bilieux incessants, avec hoquet ; chaque effort de vomissement détermine une douleur thoracique intense. Les mouvements respiratoires sont sensiblement accélérés. La température rectale monte à 40°. Le malade se plaint surtout de la douleur intolérable qu'il ressent à la région précordiale. Toute la zone répondant à la région péricardique est extrêmement douloureuse à la moindre pression, toute tentative de percussion est rendue impossible par la douleur. Le malade est pris fréquemment d'une toux sèche et pénible. Pas d'expectoration.

Examen du cœur. — Inspection : légère voussure précordiale appréciable lorsqu'on regarde à jour frisant.

Palpation : le choc de la pointe est complètement aboli. On ne trouve pas les points douloureux de la névralgie phrénique (points sterno-mastoïdiens, sternaux et diaphragmatique).

Percussion : rendue impossible par la douleur, il semble néanmoins que la zone de matité absolue est sensiblement augmentée.

Auscultation : bruits du cœur rapides, extrêmement assourdis.

Pouls : rapide (110), mais régulier.

Poumon. — Râles de bronchite discrets et disséminés aux deux côtés. Submatité très nette du sommet droit avec rudesse inspiratoire et retentissement de la toux et de la voix, mais pas de bruits adventices. Un peu de submatité avec affaiblissement du murmure vésiculaire, mais pas de signes d'épanchement appréciables.

Rien d'anormal à l'examen des autres appareils.

A l'entrée du malade, le tableau clinique était donc tout à fait celui d'une péricardite aiguë avec épanchement ; la douleur précordiale, l'assourdissement des bruits du cœur, avec disparation du choc de la pointe, les vomissements incessants et le hoquet laissent peu de doute sur l'existence d'une lésion du péricarde. Enfin, la ponction exploratrice pratiquée le lendemain dans le 5e espace, à un centimètre au-dessus du mamelon, retira environ un centimètre cube de liquide jaunâtre assez limpide.[1]

Par contre, les signes d'épanchement pleural n'étaient pas encore apparus à cette époque.

Les jours qui suivirent les phénomènes douloureux du côté du péricarde s'amendèrent rapidement grâce à une médication révulsive énergique (ventouses scarifiées, vessie de glace) et au repos, mais par contre, on assista à la constitution rapide d'un épanchement de la plèvre gauche ; matité absolue, abolition des vibrations, souffle pleurétique, égophonie, etc.

La température restait en plateau aux environs de 40°.

Le 3 *avril*. — Les signes péricardiques sont beaucoup moins accentués, mais les bruits du cœur sont encore assourdis et le choc de la pointe imperceptible. La percussion devenue possible révèle une matité cardiaque voisine de la normale.

Une ponction pleurale évacuatrice ramène un litre d'un liquide jaune citrin, transparent, très fibrineux.

Le 8. — Nouvelle ponction de un litre. Les symptômes cardiaques continuent à s'amender. Le choc de la pointe est faiblement perceptible dans le 6e espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

La température tend à baisser de quelques dixièmes de degrés.

Le 16. — Nouvelle ponction évacuatrice qui retire 400 grammes seulement de liquide.

Le 28. — L'amélioration est manifeste. Les vibrations ont un peu reparu à la base gauche. La respiration s'entend jusqu'en bas, le souffle a disparu, mais il persiste encore de la submatité.

Du côté du cœur tout semble rentré dans l'ordre, bien que les bruits soient encore assourdis.

La température baisse très lentement, elle est encore à 38°.

L'état général est satisfaisant : les signes d'induration pulmonaire du sommet droit ne semblent pas s'être aggravés

Recherches de laboratoire.

Examen cytologique du liquide pleural : formule typique de la pleurésie tuberculeuse, presque exclusivement composée de lymphocytes et d'hématies. Pas de polynucléaires. Quelques très rares cellules endothéliales.

Inoculation au cobaye. — 2 cobayes reçoivent dans la région inguinale gauche chacun 6 cc. de liquide pleural en injection sous cutanée. Un 3e reçoit 10 cc. de liquide intra péritonéal. Au bout d'un mois (délai d'ailleurs un peu court) les animaux sont sacrifiés. Les deux cobayes qui ont reçu une inoculation dans la région inguinale présentent à ce niveau un volumineux ganglion caséifié et des lésions tuberculeuses très nettes de la rate et du foie. Le cobaye inoculé par la voie péritonéale est également tuberculisé d'une façon intense.

L'observation de ce malade peut se résumer de la façon suivante :

Terrain tuberculeux, mais sur lequel la tuberculose avait avant l'accident, évolué d'une façon latente.

Violente contusion thoracique gauche avec contusion surtout marquée de la région précordiale.

Apparition rapide des symptômes de péricardite aiguë, laquelle s'améliore, mais est remplacée par un volumineux épanchement pleural gauche de nature tuberculeuse.

Réserves à faire au sujet d'une aggravation possible de la tuberculose pulmonaire.

Toute pleurésie traumatique séro-fibrineuse doit donc être considérée comme tuberculeuse : il est d'ailleurs assez difficile d'établir le mode d'action du traumatisme dans ce cas. Mais si ce mode d'action est incertain, le fait reste hors de discussion : *le traumatisme thoracique détermine fréquemment l'apparition, chez les tuber-*

culeux latents, d'une pleurésie séro-fibrineuse du côté traumatisé. Si la contusion thoracique est bien établie, si les signes d'épanchement ne se sont pas montrés d'une façon trop tardive (il faut d'ailleurs admettre des délais assez larges, étant donné la latence du début), et s'ils siègent du côté traumatisé, il ne faut pas hésiter à attribuer au traumatisme l'apparition de l'épanchement.

Mais une question d'une extrême difficulté reste à résoudre : c'est la question du pronostic : quel taux d'incapacité doit-on fixer ? Dans certains cas la pleurésie est suivie aussitôt du développement d'une tuberculose à évolution rapide, déterminant la mort en 2 ou 3 mois : s'il est bien établi que le sujet était en bonne santé auparavant, le problème est simple : le traumatisme est bien la vraie cause de la mort (pratiquement du moins).

Mais souvent aussi de telles pleurésies guérissent sans paraître laisser de traces : il ne faut pas se hâter alors de conclure à une simple incapacité partielle avec retour définitif à la santé : les pleurésies tuberculeuses sont loin d'avoir toujours sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire cette influence bienfaisante qui a été signalée par certains auteurs ; souvent, malgré une guérison apparente, elle marque le début d'un réveil de la tuberculose pulmonaire qui ne se manifeste que 2 ou 3 mois après l'épisode pleural et qui évoluera ensuite de façon variable.

Le problème médico-légal devient alors extrêmement épineux. Il est à peu près impossible d'affirmer dans des cas de ce genre que l'aggravation de la tuberculose pulmonaire est bien due aux suites de la pleurésie traumatique et non pas à l'évolution naturelle de la maladie.

L'exposé des cas suivants fera mieux encore comprendre toutes ces difficultés.

Obs. XV (Inédite), *2 rapports de M. le Pr Thoinot :*

1er Rapport. — *Pleurésie traumatique certaine. — Guérison. — Incapacité temporaire.*

2e Rapport. — *Développement ultérieur des signes de tuberculose pulmonaire au début. — Impossibilité d'attribuer le développement de cette tuberculose aux conséquences du traumatisme.*

1er Rapport (Juin 1910). — Je rappelle que j'avais autrefois, à la date du 20 juillet 1909, examiné le sieur G...

Cet homme, âgé d'alors de 49 ans, alléguait avoir fait, le 29 décembre 1908, une chute dans un escalier et avoir subi une violente contusion thoracique du côté droit. Il déclarait toutefois ne pouvoir affirmer que la contusion eut déterminé des fractures de côtes. Il éprouva tout d'abord après le traumatisme des symptômes thoraciques principalement caractérisés par des douleurs dans le côté droit et de la difficulté de respirer.

Au bout de 16 à 17 jours, il crut pouvoir reprendre le travail, mais 6 jours après, il eut un violent point de côté qui le força de suspendre Le médecin qui le vit lui déclara qu'il était atteint de pleurésie, et, en effet, 40 jours après on lui fit une ponction qui donna issue à environ 4 litres (?) d'un liquide rougeâtre. En trois semaines, il fut fait trois ponctions, la dernière, le 5 avril. Le sieur C.. , n'avait pas, depuis cette dernière date jusqu'à notre examen, repris le travail. Il se plaignait d'éprouver toujours une sensation de compression thoracique et de la difficulté à respirer.

Notre examen nous a donné les résultats suivants :

Le sieur C..., dont les antécédents personnels semblaient bons et chez lequel en tous cas on ne relevait absolument aucune tare pulmonaire antérieure, ne présentait pas de déformation costale ; aux deux sommets, pas de lésion tuberculeuse ou du moins pas de lésion tuberculeuse apparente.

Poumon gauche semblant intact dans toute son étendue.

Poumon droit présentant au contraire en arrière et latéralement les traces très nettes de la pleurésie soufferte par le sieur C..., à savoir, légère diminution des vibrations, légère matité, et enfin quelques gros frottements.

Nous avions admis, en discutant tous les résultats acquis, que la contusion soufferte par C... avait provoqué chez lui une pleurésie qui avait guéri après un certain nombre de ponctions. Cette pleurésie laissait comme reliquats apparents au moment de notre examen, des adhérences qui se traduisaient par l'ensemble des phénomènes constatés, et nous avions dit que l'avenir paraissait très discutable. A notre avis, le sieur C... pouvait complètement guérir, mais d'autre part, une *pleurésie traumatique est toujours suspecte, et une réserve s'imposait.*

Nous avions proposé en somme d'accepter une réduction de capacité industrielle de 10 °/₀ en fixant la consolidation au milieu du mois de mai 1909.

Le Tribunal nous demande aujourd'hui de rechercher si les prévisions quelque peu sombres que nous avions laissé entrevoir, se sont réalisées, et naturellement aussi d'autre part, si le sieur C... n'est pas arrivé à la guérison totale.

Nous avions convoqué le sieur C... et l'avions examiné une première fois à la date du 9 avril 1910. Au cours de cette expertise, le sieur C... nous avait déclaré qu'il souffrait encore du côté droit, et il indiquait comme lieu principal de la douleur, la région de l'hypocondre droit et la base du thorax ; il était essoufflé. Il était atteint d'une extinction de voix qui n'était apparue qu'après notre dernier examen. Il a travaillé seulement pendant un mois et demi ; depuis lors il ne peut plus travailler, ou du moins, il ne peut pas travailler régulièrement.

La santé générale du sieur C... paraissait assez florissante et il est certain qu'il ne présentait pas d'amaigrissement.

L'examen local nous avait montré chez lui encore quelques vagues traces de la pleurésie soufferte autrefois sous forme d'un léger affaiblissement respiratoire et de légères modifications du son et des vibrations thoraciques. Il nous a paru que les sommets

étaient toujours aussi indemnes de lésions tuberculeuses que lors de notre premier examen. Toutefois, pour ne pas nous engager à la légère et surtout en raison de la laryngite dont paraissait souffrir le sieur C .., nous avions décidé de laisser encore un certain temps s'écouler et de revoir le sieur C ..

Nous avons fait une nouvelle convocation pour le mardi 7 juin, mais ce blessé ne s'est pas présenté à notre convocation et n'a pas fait connaître les motifs de son absence.

Nous devons donc, à notre grand regret, nous en tenir en cette affaire à notre impression de l'examen précédent sans pouvoir la vérifier entièrement, et nous sommes privés, par la faute de C... qui, dans la circonstance a, singulièrement agi contre ses propres intérêts, du contrôle d'un deuxième examen que nous aurions désiré. .

L'impression que nous avions eue en voyant C .. était que cet homme était en aussi bon état que possible : sa santé générale paraissait florissante, et sa santé locale — nous voulons dire les lésions de la plèvre — paraissait s'être amendée. Il nous avait paru parfaitement capable de travail et il ne nous avait pas semblé que ses allégations au sujet de quelques troubles de santé, fussent confirmées par l'examen médical.

C'est sur cette impression que nous sommes obligés de demeurer par la faute même du sieur C .. et nous conclurons, nous réservant toutefois de revenir sur cette conclusion si le Tribunal le désirait et si C .. voulait bien se prêter à un examen définitif que :

Le sieur C... peut être considéré actuellement comme guéri des suites du traumatisme qu'il avait éprouvé et comme capable de satisfaire à ses occupations professionnelles.

2e Rapport. — Nous avons examiné de nouveau C.. , le 3 novembre 1910. C... nous déclare que son état s'est singulièrement modifié. Il a été malade en juillet et il a dû aller consulter le Dr A .. Il avait à ce moment des douleurs intercostales très vives. Il lui a été fait application d'un vésicatoire, de sinapismes, etc. Depuis ce temps, il a toujours gardé des sensations d'oppression, d'essoufflement. Il déclare avoir maigri, il manque d'appé-

tit, et enfin il n'a pas cessé de présenter des phénomènes d'extinction de voix que nous avions déjà constatés autrefois.

L'examen actuel nous a donné les résultats suivants :

Il est certain, dès le premier abord, que l'état général de C. . a singulièrement changé ; son teint est aujourd'hui terreux, la face est amaigrie ; il ne présente plus les attributs de la bonne santé générale que nous avions relevés lors de notre premier rapport en 1909, et lors de notre rapport précédent de 1910.

L'explication de ce changement dans l'état de C . . semble donnée de façon très nette par les lésions pulmonaires qui sont aujourd'hui indéniables.

A la percussion en arrière et en haut, il n'existe rien de particulier. Le son à la partie inférieure et postérieure des poumons est égal des deux côtés, mais à l'auscultation, on trouve une diminution de l'inspiration dans la fosse sous-épineuse à gauche, et un affaiblissement du côté droit, à la partie inférieure. Il n'existe pas de bruits adventices à l'aucultation des poumons dans la partie postérieure,

En avant, la percussion donne une matité relative à gauche sous la clavicule, et l'on trouve en ce même endroit, c'est-à-dire dans la région sous-claviculaire gauche, une diminution considérable de la respiration avec quelques râles humides de temps à autre.

Il n'existe point de modifications appréciables à droite.

Il y a un assourdissement certain des bruits du cœur qui paraît relever de l'emphysème.

Ajoutons enfin que le foie déborde légèrement.

Nous avons fait examiner le larynx du sieur C. . . Il a été relevé chez C... une laryngite chronique dont l'origine bacillaire ne semble pas douteuse. Les lésions sont d'ailleurs encore extrêmement peu prononcées ; il s'agit d'une laryngite bacillaire au début.

Discussion. — Il semble que nous pouvons aujourd'hui porter un jugement plus net sur le cas du sieur C...

L'enchaînement des faits a été le suivant chez ce blessé :

Traumatisme thoracique droit en décembre 1908, qui semble bien avoir éveillé une détermination pleurale (pleurésie avec épanchement ponctionné plusieurs fois).

Une pleurésie traumatique est toujours suspecte, car nous savons aujourd'hui qu'un certain nombre de ces pleurésies ne sont autre chose que des manifestations bacillaires localisées au point du traumatisme, et, non pas créées par lui, mais éveillées par lui. Le sujet qui les porte est, de toute évidence, atteint de bacillose latente que révèle le traumatisme.

Après cette pleurésie, l'état général du sieur C .. demeurait bon, mais bientôt une laryngite se déclara, et cette laryngite, de par sa chronicité, semblait bien présenter le caractère bacillaire. L'examen qui a été fait au laryngoscope démontre qu'en effet il en est bien ainsi. Cependant, l'état général du sieur C.. restait excellent et, lorsque nous le vîmes en avril 1910, il ne présentait encore aucune altération de santé générale et les poumons étaient toujours indemnes de toute tare bacillaire.

L'état a changé dans ces derniers temps. Les poumons semblent avoir été à leur tour envahis depuis quelques mois, et la détermination principale a porté sur le poumon gauche qui n'est pas le poumon frappé par le traumatisme.

Dans ces conditions, quelle a été la part du traumatisme? Rien n'est plus difficile à dire, et le cas du sieur C... est certes un des plus délicats qui puisse se rencontrer. A ne considérer que l'enchaînement des faits, on voit que le sujet, indemne en apparence, tout au moins avant l'accident, a subi une série de manifestations bacillaires dont la première a été la pleurésie traumatique et, par conséquent, il semble bien que la bacillose réveillée chez lui par le traumatisme, après une manifestation locale, a continué son évolution, frappant ensuite le larynx, puis arrivant à se localiser sur les poumons.

Pour qui n'envisage que cet enchaînement de faits qui paraît au premier abord très logique, il faudrait admettre que l'état actuel du sieur C... est l'aboutissant, le terme ultime de la bacillose, non pas créée, mais éveillée par le traumatisme, et qu'en somme, l'état actuel est une conséquence à longue échéance du traumatisme.

Mais d'autre part, n'y a-t-il pas plus d'apparence que de réalité dans ces enchaînements des faits, et peut-on affirmer que, le sieur

C... étant certainement en puissance de bacillose avant son accident — bacillose latente, nous le voulons bien — les faits ne se seraient pas passés chez lui (la pleurésie mise de côté) comme ils se sont passés, qu'il n'aurait pas eu une localisation laryngée, puis une localisation pulmonaire à la suite? Ceci, nul ne peut l'affirmer.

On voit donc combien la solution de l'affaire est délicate et peut-être le Tribunal pourra-t-il adopter une solution arbitraire faisant une bonne moyenne entre deux opinions opposées qui, toutes deux, peuvent être défendues. C'est la solution que, pour notre part, nous lui conseillons.

Quant à la validité actuelle du sieur C..., elle est évidemment très médiocre ; on peut estimer qu'en l'état présent, cet individu a perdu au moins un bon tiers, pour ne pas dire plus, de sa validité ouvrière, et il est à supposer qu'il n'en restera pas là

Conclusions. — 1° Le sieur C .. est actuellement atteint de bacillose pulmonaire au début, et les choses se sont passées chez lui en apparence comme si cette bacillose pulmonaire était une conséquence indirecte et à distance du traumatisme subi par lui en décembre 1908.

2° Mais à qui voudrait soutenir l'opinion contraire et que C .. en dehors de tout traumatisme, aurait pu souffrir successivement de laryngite bacillaire, puis de bacillose pulmonaire et se trouver, sans l'intervention de l'accident du travail, dans l'état actuel, il serait difficile d'opposer une réfutation absolue.

3° A notre avis, donc, en présence de deux opinions extrêmes qui peuvent aussi bien se soutenir l'une que l'autre, le Tribunal fera bien d'appliquer une solution moyenne, et si, pour baser cette solution il a besoin de connaître l'état d'invalidité actuelle de C .., nous lui dirons que ce malade a actuellement perdu au moins un bon tiers de sa validité industrielle et que peut-être, les choses n'en resteront pas là.

Obs. XVI (Inédite). — *Rapport de M. le Dr Thoinot*

Bonne santé antérieure. — Contusion thoracique. — Pleurésie traumatique. — Développement consécutif d'une bacillose au 1er

degré avec prédominance du côté de la pleurésie. — Influence certaine du traumatisme. — Nécessité d'attendre pour fixer l'incapacité définitive.

Le sieur D.. , âgé de 30 ans, allègue qu'il a été blessé le 29 janvier 1908, au cours du travail. Il fut heurté violemment au niveau de la partie latérale droite du thorax par l'extrémité d'une planche. Il fut ramené à son domicile. Il déclare qu'il n'avait point de fractures de côtes mais que, quatre à cinq jours après l'accident, il a craché du sang caillé. Son médecin lui a parlé de pleurésie et l'a traité comme pleurétique, lui a appliqué pointes de feu, vésicatoires, etc., mais n'a pas fait de ponction.

Le blessé a, depuis son accident, vu sa santé singulièrement ébranlée ; il a maigri considérablement ; il a des sueurs nocturnes, et il n'est pas capable de travail.

Au dossier, nous trouvons un certain nombre de pièces médicales fort intéressantes et qui vont nous permettre de suivre l'histoire pathologique du sieur D... beaucoup mieux que ne peuvent le faire ses allégations. Ces pièces sont :

1° Une note du Dr F. (5 février 1908) déclarant que D... a été atteint de contusion du côté droit de la poitrine.

2° Une courte note du Dr M., en date du 18 mars 1908, déclarant que D... est atteint de pleurésie traumatique et qu'il n'est pas encore en état de sortir de sa chambre.

3e Note du Dr L. Cette note nous donne les renseignements les plus intéressants. Le Dr L. rappelle les commémoratifs de l'accident, et il nous fournit ce renseignement important que le médecin traitant lui a déclaré avoir constaté une ecchymose dans la région traumatisée, mais n'a relevé aucun signe permettant d'affirmer l'existence d'une fracture de côtes.

Il n'y a pas eu d'hémoptysies, dit le Dr L., ce qui n'est pas conforme à la déclaration que nous fait aujourd'hui l'accidenté.

L'accident aurait été suivi d'un épanchement dans la plèvre droite avec oppression et fièvre. Cet épanchement aurait atteint le niveau de l'épine de l'omoplate et le malade fut alité pendant une semaine environ.

A l'heure actuelle, le Dr L. trouve que D... n'a plus de fièvre, que sa respiration est normale et qu'il est en somme très amélioré. L'examen du thorax ne montre aucune déformation, aucune trace de traumatisme récent. On voit seulement la trace de deux vésicatoires prescrits par le médecin traitant sur la partie latérale droite et postérieure du thorax.

A la percussion, il y a diminution de sonorité dans l'étendue de la moitié inférieure du poumon droit et en arrière, et dans cette même étendue, le murmure vésiculaire s'entend moins bien que du côté gauche, mais il n'y a pas d'égophonie ; l'intensité des vibrations locales est diminuée.

Le Dr L. estime qu'actuellement il n'y a pas d'épanchement ou du moins que l'épanchement est à peu près complètement résorbé :

« En somme, M. D... paraît avoir été réellement atteint d'une « pleurésie droite qui est à peu près complètement guérie.

« Bien que le malade nie tout antécédent, et que je n'aie trouvé « chez lui aucune manifestation apparente d'un foyer antérieur de « tuberculose, il est très probable que sa pleurésie est de nature « tuberculeuse.

« Mais on considère qu'il est possible qu'une contusion du thorax « provoque chez un sujet prédisposé l'apparition d'une pleurésie.

« Si donc il est démontré que le malade a été réellement atteint « d'une contusion de la partie droite du thorax, nous sommes « obligé d'admettre que la pleurésie a pu survenir à la suite de « cette contusion. »

4° Note du Dr L., en date du 6 avril 1908. Il a revu le blessé et déclare qu'il lui fait de plus en plus l'impression d'être atteint de lésions pleuro-pulmonaires de nature tuberculeuse. Son état n'a pas changé depuis le 14 mars au point de vue des signes relevés à l'examen du thorax, c'est à-dire qu'on retrouve encore : submatité à la percussion, diminution du murmure vésiculaire, égalité des vibrations à droite et à gauche, pas d'égophonie, etc. ; le Dr L. estime qu'il n'y a sans doute pas d'épanchement dans la plèvre.

Mais voici maintenant une indication nouvelle des plus intéressantes. L'auscultation dans les fosses sus-épineuses montre, dit

le Dr L., aujourd'hui que du côté gauche l'inspiration est un peu rude et saccadée.

D... a déclaré qu'il n'avait plus la force de travailler ; il prétend avoir maigri de 16 kilos depuis le début de son chômage. Il transpire la nuit ; il tousse mais crache peu. Et le Dr L. résume son impression et déclare qu'il lui paraît extrêmement difficile de préciser quelles sont les relations entre l'état actuel de D... et l'accident de travail dont il prétend avoir été victime. Le malade en effet, affirme avoir toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à l'accident, et le Dr L. n'a trouvé en aucun point du corps trace de lésions tuberculeuses antérieures ou actuelles Le traumatisme a été de peu d'importance ; il n'y a pas eu de fracture de côte, pas d'hémoptysies, et le seul argument qu'on pourrait invoquer en faveur du rôle étiologique du traumatisme, c'est que les lésions pulmonaires sont, sinon exclusivement localisées au côté sur lequel aurait porté le choc, du moins prédominantes de ce côté.

« J'ai l'impression, dit le Dr L., que l'accident, s'il a réellement « existé, n'a eu qu'une influence tout à fait minime dans l'évolution « de la lésion. »

5° La Cie d'assurance a soumis le sieur D. . à l'examen du Dr T., et celui-ci a rédigé de l'état du blessé, en date du 2 mai 1908, une note importante que nous allons analyser.

Il trouve de la matité du côté droit de la poitrine au niveau du tiers inférieur en arrière et à la base de l'aisselle. Il n'y a pas de dilatation du thorax de ce côté. Les vibrations thoraciques ne sont pas abolies. La respiration est affaiblie dans toute la hauteur de la matité. Il n'y a pas d'égophonie. Ces signes permettent d'affirmer qu'il existe de la pleurésie à la base du côté droit, mais avec un peu de liquide et l'exsudat doit être formé en grande partie de fausses membranes. Du côté droit encore, l'auscultation révèle en arrière, au niveau de la région sus-épineuse et en avant, dans la région sous-claviculaire, une respiration rude et granuleuse sans craquements, et en arrière, l'auscultation de la voix indique de la bronchophonie. « Ces phénomènes, déclare le Dr T., sont en « rapport avec une condensation du sommet du poumon. Il est très « vraisemblable qu'il s'agit d'une pleurésie tuberculeuse. Cet « homme a considérablement maigri, progressivement. Il a les

« apparences d'un tuberculeux et d'un convalescent d'une pleurésie « traumatique en voie de résolution. »

L'examen (mai 1908) et l'interrogatoire actuels nous ont donné les résultats suivants :

Le sieur D... affirme qu'il n'a fait, à sa connaissance, aucune maladie antérieure. Nous le prions de bien vouloir nous répondre avec la plus entière bonne foi, les affirmations qu'il va émettre étant d'ailleurs d'un contrôle facile, et de nous dire s'il a, pour cause de maladie, subi une interruption de travail quelconque dans ces dernières années. Il nous déclare qu'il a été blessé au service de M. G .., qu'il n'était que depuis quelques jours employé sur les chantiers de ce patron, mais qu'auparavant, il était demeuré cinq ans sur le même chantier et qu'il n'avait jamais subi d'autre interruption de travail que celle causée par le chômage forcé, que jamais il n'a été arrêté dans son travail par la maladie, et qu'il satisfaisait pleinement à ses occupations. Nous donnons cette réponse pour ce qu'elle est ; nous devons l'accepter, nous, comme valable, quitte à la partie défenderesse à faire la preuve du contraire, s'il lui semble que la réponse de D... n'est pas conforme à la réalité. Nous tiendrons donc le sieur D .., jusqu'à plus ample informé, comme ayant été capable, jusqu'au moment de l'accident, d'effectuer son travail de compagnon de façon normale.

L'aspect extérieur de D... n'est pas mauvais. Il ne paraît pas encore atteint dans sa santé générale de façon très marquée. Il n'est ni pâle, ni réellement amaigri ; il déclare qu'il tousse fréquemment, mais qu'il ne crache pas. Les deux phénomènes qui le frappent le plus, c'est l'amaigrissement rapide qu'il aurait subi, et les transpirations profuses nocturnes qui l'obligent à changer plusieurs fois de chemise dans une même nuit.

L'examen montre chez lui de petits ganglions dispersés aux aines, dans les aisselles, au cou, etc.,

Il existe à la queue de l'épididyme gauche, un petit noyau dont la nature bacillaire est probable, mais ne saurait être affirmée.

Il n'y a rien à l'anus que des hémorroïdes. Aucune trace de fistules anciennes ou récentes.

Au thorax, pas de changements extérieurs, pas de traces de

traumatisme récent ou ancien, pas de cal de fracture de côte, ce qui d'ailleurs n'a pas lieu de surprendre, les fractures les plus avérées ne laissant parfois aucune trace saisissable.

L'examen du poumon gauche est absolument négatif ; autant que la percusion et l'auscultation permettent d'en juger, ce poumon semble normal.

Au poumon droit, la percussion montre une matité ou plutôt une submatité très nette dans le tiers inférieur, avec grande diminution du murmure vésiculaire, mais sans abolition correspondante des vibrations thoraciques, sans égophonie et sans bronchophonie.

Il y a donc lieu de supposer que ce qui trouble aujourd'hui les résultats de la percussion et de l'auscultation, c'est la présence de fausses membranes, d'adhérences pleurales, beaucoup plus que la présente de liquide qui, sans doute, n'existe point ou du moins n'existe pas en quantité appréciable.

Au sommet droit, aussi bien en avant qu'en arrière, la respiration a changé de caractère ; elle est légèrement rude et l'expiration est granuleuse. De plus, la percussion révèle dans la fosse sus-épineuse et dans la région sous-claviculaire droite une diminution de sonorité.

Les résultats de cet examen du poumon sont des plus simples à traduire ; adhérences pleurales à la base du poumon en arrière, suites de pleurésie récente, et infiltration bacillaire très probable au premier degré toutefois, au sommet du poumon.

Discussion — Il faut maintenant en venir au point essentiel qui est la discussion. Nous allons poser les trois questions suivantes et y donner la réponse que nous croyons autorisée par nos propres recherches et l'examen du dossier.

1° Quel est l'état actuel de D... ?

Ici, nulle difficulté, D... est atteint de bacillose pulmonaire uniquement localisée encore, au moins en apparence, au sommet du poumon droit, et cette bacillose est certainement à son premier degré de développement ; elle paraît récente.

En outre, il existe nettement chez D ..., les reliquats sous forme d'adhérences d'une pleurésie de la base droite. Le poumon gauche se montre, par contre, complètement indemne.

2° Quel est le retentissement de l'affection actuelle sur la capacité de travail de D... et quel est son pronostic.

Il est bien certain que D... est peu capable de travailler, et que le travail, surtout son travail de maçon avec l'exposition à toutes les intempéries, la poussière, etc., ne pourrait qu'exercer sur lui l'influence la plus défavorable. Si D.... veut guérir, et à notre avis, il le peut, il doit se soumettre à un traitement régulier, quitter le travail complètement, et sans doute même — c'est le conseil que nous lui avons donné — s'éloigner de Paris et aller vivre au grand air. Il est évidemment de ceux qui bénéficieraient actuellement d'un traitement par le sanatorium.

3° Quelle est la relation de l'état actuel de D... avec l'accident du 28 octobre 1907 ?

Cette relation, pour nous, se dégage, *au moins pratiquement, car c'est le seul terrain sur lequel nous puissions nous placer et sur lequel nous avons voulu rester*, des considérations suivantes :

a) D... était, avant son accident, en état de santé apparente tel qu'il suffisait à son travail. Nul n'a pu être autorisé si ses allégations sont exactes, et elles seront faciles à contrôler, à le considérer comme un tuberculeux actif, avant son accident.

b) D... a été atteint de contusion thoracique droite établie par toutes les pièces du dossier et cette contusion thoracique a été, de toute évidence, suivie d'une pleurésie traumatique avec épanchement localisé du côté droit et à la base, c'est-à-dire là même où le traumatisme avait porté.

c) D... est actuellement atteint de bacillose pulmonaire, mais les lésions sont absolument localisées au poumon droit, c'est-à-dire, encore une fois au côté traumatisé. Le poumon gauche est épargné.

Il nous semble bien difficile, à la lecture de ce résumé qui ne pose que des faits établis, de réfuter une relation pratique entre le traumatisme de janvier 1908 et l'état actuel. Sans doute, ce n'est pas l'accident qui a créé la tuberculose chez D. ., sans doute encore D .. était-il, avant son accident, tuberculeux ; il semble bien qu'il y ait dans l'épididyme gauche un petit noyau de tuberculose déjà ancien, préexistant certainement à l'accident, mais l'accident a été la cause d'appel de la pleurésie.

Les pleurésies traumatiques sont connues depuis longtemps, et les travaux récents nous ont appris que ces soi-disant pleurésies traumatiques simples n'étaient pas autre chose que des pleurésies tuberculeuses, manifestement bacillaires, appelées, localisées par un traumatisme. Il faut donc admettre que D... tuberculeux latent, mais tuberculeux en état de travailler, a localisé, sous l'influence du traumatisme thoracique droit, une manifestation tuberculeuse dans sa plèvre droite.

Voilà un point bien établi. Il reste à savoir si cette pleurésie traumatique a joué ou jouera un rôle quelconque dans l'évolution ultérieure de la tuberculose chez D... Pour en parler de façon autorisée, il faudrait avoir ausculté D... avant son accident et savoir si les lésions du sommet droit que nous trouvons aujourd'hui existaient alors ou si elles se sont créées depuis. C'est là une question capitale. Si ces lésions existaient auparavant, le traumatisme n'aura joué qu'un rôle épisodique en déterminant une lésion passagère tuberculeuse de la plèvre. Mais si les lésions n'existaient pas, il en va tout à fait différemment, car nous retrouvons ici l'enchaînement bien connu en clinique et tout à fait en dehors du traumatisme : un individu indemme de toute manifestation apparente de tuberculose fait un jour une pleurésie sous une influence quelconque et cette pleurésie est le début net de la tuberculose qui évolue à partir de ce moment d'abord dans le poumon du côté pleurétique, puis dans le poumon opposé, jusqu'à terminaison fatale ou guérison relative.

Nous ne pouvons faire que des hypothèses dans le cas présent, Nous ferons remarquer cependant que les lésions pulmonaires du sommet droit sont bien peu avancées chez le sieur D. . et qu'elles ont toute chance d'être récentes, de n'être apparues qu'il n'y a que quelques semaines et de n'avoir pas, en tous cas, préexisté de bien longtemps à l'accident de janvier 1908. Tout est donc en faveur apparente ici de l'éclosion secondaire de lésions du sommet sous l'influence de la pleurésie.

Mais nous croyons, après cette discussion, qu'il serait véritablement imprûdent de formuler un jugement définitif. Le sieur D .. peut guérir, au moins de façon relative ; il peut retrouver une

certaine capacité de travail et il faut lui donner des facilités pour se soigner. Nous ne voyons à cela que deux moyens : ou bien ne pas le reconnaître comme consolidé et lui continuer pendant quelques mois encore, sous la condition expresse qu'il quittera Paris, qu'il ira se soigner à la campagne, l'allocation de son demi-salaire, ou bien lui allouer un rente viagère d'un taux assez élevé pour lui permettre de ne plus travailler et de se soigner. L'une et l'autre solutions permettront de revoir le malade dans quelque temps d'ici ; la première laisse les choses en l'état et la seconde peut être corrigée par une révision.

Nous nous contenterons de soumettre à M. le Juge des conciliations nos propositions, lui laissant le soin de solutionner la question au mieux de l'intérêt des deux parties.

Conclusions. — 1° Le sieur D... a souffert, en janvier 1908, d'un traumatisme thoracique qui a donné lieu à l'éclosion d'une pleurésie traumatique.

2° Le sieur D..., qui prétend avoir joui d'une bonne santé apparente jusqu'à l'accident, est aujourd'hui atteint de bacillose pulmonaire au début du poumon droit, c'est-à-dire du côté traumatisé.

3° La discussion de la relation de cause à effet entre le traumatisme et l'état actuel doit être, à notre avis, solutionnée en faveur du blessé. Le traumatisme n'a pas créé la tuberculose assurément, mais il a localisé sur la plèvre droite une manifestation tuberculeuse, et il semble que cette manifestation ait influencé fâcheusement l'état de D... ; elle a sans doute été l'origine de l'infiltration bacillaire du sommet droit qui nous paraît très récente.

L'intégrité totale du poumon gauche qui, lui, a échappé totalement au traumatisme; est un argument en faveur des relations de l'accident avec l'état actuel.

4° Le sieur D... peut guérir, ou du moins s'améliorer très notablement et, de ce fait, deux solutions s'offrent : ou bien maintenir D... en état d'incapacité temporaire en exigeant de lui qu'il se soigne, qu'il quitte Paris, qu'il essaye même d'entrer dans un sanatorium, etc., ou bien lui allouer une rente viagère annuelle d'un taux suffisant pour lui permettre ainsi de se soigner et de

quitter Paris. La première solution laisse les choses en l'état. La seconde laisse la porte ouverte à la révision, c'est-à-dire que l'une et l'autre permettent de mettre les choses au point dans quelques mois, suivant l'état où se trouvera le sieur D...

Obs. XVII (Inédite). — *Communiquée par M. le Prof^r Thoinot.*

Bonne santé antérieure. — Violente contusion thoracique gauche. Epanchement pleural abondant consécutif suivi du développement rapide de symptômes de bacillose pulmonaire graves. — Influence du traumatisme évidente.

F..., 44 ans, monteur de pierres de taille, ne présente aucun antécédent héréditaire suspect ; n'a jamais interrompu son travail, s'est toujours bien porté et n'a jamais toussé.

Le 1^er août 1905, il reçoit une contusion violente du thorax côté gauche, région de la base. Le D^r M .. qui lui donna ses soins le 7 août, aurait constaté une fracture des fausses côtes du côté gauche et lui appliqua un bandage de corps. Le 14^e jour après son accident, on lui trouve un volumineux épanchement pleural du côté gauche : il entre alors à l'hôpital Beaujon et, le 17 août, on pratique une ponction évacuatrice : on retire ainsi 1290 grammes de liquide séro fibrineux. Il quitte l'hôpital le 1^er septembre 1905.

Depuis cette époque il se plaint d'essoufflement au moindre effort, et il accuse une douleur constante dans le côté gauche au niveau des fausses côtes. Il a maigri beaucoup et tousse tous les matins.

Examen le 3 mars 1906. Etat général assez bon.

Rudesse respiratoire au sommet gauche en avant et en arrière. Quelques craquements après la toux à gauche au niveau de la fosse sus-épineuse.

Examen radioscopique le 9 mars 1906 : obscurité des deux sommets, le sinus costodiaphragmatique gauche est beaucoup plus sombre que du côté droit.

Au mois de juin 1906, tous les signes de tuberculose ont fait de

grands progrès : le malade a maigri beaucoup, il est tombé en moins de 3 mois de 64 kilogr. 100 à 59 kilogr. 700.

Il est très affaibli, les étouffements sont beaucoup plus marqués.

Le sommet gauche présente à l'examen des signes de ramollissement avéré, et le sommet droit présente à son tour des signes d'infiltration tuberculeuse.

Obs. XVIII (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Pleurésie traumatique et aggravation consécutive probable d'une tuberculose latente. — Impossibilité de conclure avec précision au sujet de ce rôle aggravateur.

L..., âgé de 51 ans, maçon, allègue que, le 16 août 1907, il a fait une chute de 4 mètres 50 de haut, et a été contusionné au côté droit et au bras droit. Il pût rentrer à son domicile en tramway, et dans le trajet, *il cracha du sang à plusieurs reprises.* Il rentra à la Pitié le lendemain de son accident, et dès le surlendemain le chef de service diagnostique un début de pleurésie avec un peu d'épanchement de sang dans la plèvre. Huit jours après, il sortait de l'hôpital et se confia aux soins du D^r B .. qui, dès la première visite, évacua de la plèvre environ un litre de liquide jaune : la ponction fut faite ainsi une dizaine de jours après l'accident

Depuis lors, L .. n'a pas cessé d'être en traitement : il maigrit, tousse (assez peu d'ailleurs), il a des sueurs nocturnes et perd ses forces de plus en plus

L'examen de L .. (26 septembre 1907) nous a donné les résultats suivants :

Etat général franchement mauvais, amaigrissement, teinte jaunâtre des téguments, état demi-cachectique.

Les deux sommets présentent une matité en avant, plus marquée à gauche qu'à droite. Du côté droit, un peu au-dessous du mamelon, on trouve une matité qui n'a évidemment pas pour origine une hypertrophie hépatique. La respiration est rude au sommet gauche en avant, à droite il y a des craquements. En arrière, il y a une

infiltration, un œdème assez marqué de la paroi thoracique ; aux deux sommets, matité dans la fosse sus-épineuse. A gauche, la matité ne s'étend pas au-delà, mais à droite, après une zone de sonorité normale, elle reparaît, occupant environ la moitié inférieure de la cage thoracique ; matité absolue avec abolition des vibrations thoraciques.

Le murmure vésiculaire est faible en haut des deux côtés. Au niveau de la zone de matité inférieure, il y a abolition complète du murmure vésiculaire, sans bronchophonie, sans égophonie, sans pectoriloquie aphone.

Le diagnostic nous semble le suivant : tuberculose bilatérale, plus marquée à droite encore au début de la deuxième période ; pleurésie. La nature de l'épanchement n'est pas aisée à déterminer. Il y a quelques probabilités pour qu'il s'agisse d'un épanchement purulent. Une ponction exploratrice, qu'il ne nous appartient pas de pratiquer, trancherait la question.

Discussion. — Il nous faut maintenant rechercher

1° Quelles sont les relations du traumatisme subi par L... avec l'état actuel.

2° Quel pronostic il faut porter, et par conséquent, quelle résolution il faut prendre à l'égard de L...

1° Si l'on accorde pleine créance au récit du blessé, les choses sont des plus simples à traduire médicalement : contusion du thorax, le 16 août 1907, ayant occasionné une contusion pulmonaire : (hémoptysie suivant de près l'accident) pleurésie de nature évidemment tuberculeuse et évolution consécutive de bacillose pleurale et de tuberculose pulmonaire. La tuberculose, sans doute, était latente chez L... Le traumatisme l'a localisée sur la plèvre et l'évolution pulmonaire a suivi. Pour que l'enchaînement ainsi établi fut indiscutable, il nous faudrait posséder deux renseignements que nous n'avons pas :

1° Il nous faudrait connaître l'état pulmonaire réel de L... avant l'accident, et savoir s'il ne présentait pas déjà une tuberculose légère, mais certaine ;

2° Il nous faudrait savoir quelles constatations réelles ont été faites de l'état de sa plèvre à son entrée à la Pitié, pour bien juger

si la pleurésie s'est réellement constituée sous les yeux du médecin à dater du traumatisme. Faute de ces renseignements, on peut soutenir que L... était, avant l'accident, tuberculeux avéré, qu'il avait déjà même un épanchement de la plèvre, et que le traumatisme ne saurait avoir fait autre chose qu'accélérer la tuberculose pleurale. Toutefois, on peut faire valoir contre cette opinion que L... satisfaisait auparavant à son travail (c'est un point facile à vérifier) et qu'ainsi, il n'était, au moins professionnellement, qu'un tuberculeux latent, que les lésions pulmonaires tuberculeuses sont aujourd'hui bien peu avancées et qu'elles ont toutes chances de ne pas dater de bien loin, et qu'enfin l'accident était bien de nature à déterminer une pleurésie chez un tuberculeux latent.

Jusqu'à l'apport d'arguments valables contraires, nous pencherons donc vers la solution la plus favorable au blessé, à savoir l'éclosion de la pleurésie et l'aggravation d'une tuberculose latente sous l'influence du traumatisme du 16 août 1907.

2° Il nous semble qu'aucune résolution n'est à prendre encore à l'égard de L... Le diagnostic exact de la nature de l'épanchement qu'il présente, diagnostic fort important, n'est pas établi, le pronostic est fort incertain. Dans ces conditions, il n'y a qu'une attitude et nous proposons comme toute conclusion : d'ajourner tout jugement sur le cas de L..., à une date ultérieure qui ne saurait être au plus tôt avant deux ou trois mois.

Le blessé d'ailleurs a, de façon urgente, besoin de soins médicaux et le mieux serait qu'il fut hospitalisé.

IV. **Fausses tuberculoses traumatiques**

Il nous reste maintenant à rapporter un certain nombre d'observations qui prouvent qu'il est parfois possible de nier toute influence du traumatisme, ou tout au moins démontrer que cette action est au moins fort improbable.

Les arguments grâce auxquels on peut arriver à de semblables conclusions, varient d'ailleurs beaucoup suivant les cas ainsi qu'on le verra en lisant les observations qui vont suivre.

Obs. XIX (Inédite) — *Malade observé par nous à l'Institut médico-légal. — Rapport de M. le Prof[r] Thoinot*

Tuberculose certaine avant l'accident. — Traumatisme thoracique. — Hémoptysie tardive. — Impossibilité d'établir le rôle du traumatisme.

Le sieur B..., âgé de 33 ans, lustreur en peaux, dit que le 6 juin 1910, alors qu'il était chargé de peaux, il a fait une chute sur un tuyau en fer et a subi une contusion au côté gauche. Il n'a pas eu de fracture de côte, il cracha le sang quelque quinze jours après.

Il s'est confié aux soins du D[r] L... qui l'a traité par l'appli-

tion de ventouses, de pointes feu. Il n'a pas repris le travail parce qu'il ne cesse de souffrir dans le côté gauche ; il crache du sang par intervalles, il a maigri de cinq à six livres depuis l'accident. Le Dr L... nous fournit quelques renseignements. Il a constaté le jour même de l'accident une ecchymose à la partie moyenne latérale du thorax à gauche. Il semblait au Dr L. . qu'il n'y aurait qu'une incapacité de quelques jours, lorsque quinze jours après l'accident le blessé commença à tousser et le Dr L... a lui-même assisté récemment à des hémoptysies d'ailleurs de peu d'abondance et de peu de gravité.

Au dossier, nous trouvons un certain nombre de pièces dont voici le résumé :

1° Note en date 24 juin, du Dr B..., indiquant une contusion de la paroi latérale et postérieure gauche du thorax ; l'auscultation est normale ; le Dr B .. et le Dr L.. conviennent que le blessé reprendra le travail le 30 juin.

2° Note en date du 29 juin 1910, du Dr Br... Cette note intéressante déclare que le blessé se présente à l'assurance parce qu'il est essoufflé ; à l'auscultation, le Dr Br. . a noté en avant, sous la clavicule gauche, de la submatité, une exagération des vibrations, la respiration soufflante sous l'aisselle (à gauche évidemment), quelques râles fins. L'état général paraît atteint ; le pouls est à 110 ; la dyspnée manifeste ; le blessé déclare que depuis quelques jours il a des crachats sanglants. Le Dr Br . . pense qu'on est en présence vraisemblablement d'un foyer de bronchopneumonie à gauche.

3° Note en date du 7 juillet 1910, du Dr B... Après avoir rappelé les commémoratifs de l'accident, il déclare que le blessé a toujours l'aspect extérieur d'un homme fatigué, malade. Il accuse de la douleur au bas des reins ; il dit ne pouvoir se ployer en deux ; il aurait craché du sang et en cracherait encore. Le Dr B... ne note pas de phénomènes généraux. Il a pris la température axillaire et elle n'a pas dépassé 36°8. A la percussion, il trouve de la matité sous-claviculaire gauche et une inspiration plus rude qu'à droite, avec gros ronchus. Partout ailleurs, vibrations et auscultation normales, mais il y a de l'anhélation assez prononcée, 30 à 32 respirations par mi-

nnte. Le Dr B... n'attribue cet essoufflement ni aux lésions du poumon ni à des lésions cardiaques, mais le croit constitué par l'état de misère physiologique du blessé qui est un surmené, un fatigué.

4° Note du Dr G... en date du 19 juillet 1910 ; il semble, au dire du docteur, qu'il y ait grande amélioration ; il note cependant au poumon gauche : submatité sous-claviculaire, vibrations augmentées, respiration plus forte, mais pas de bruits surajoutés. L'appétit et le sommeil sont bons.

5° Note du Dr Br... en date du 6 juin 1910. Les signes stéthoscopiques sont restés les mêmes, à l'exception de la disparition des râles.

6° Note du Dr G..., du 23 septembre 1910, indiquant que l'état est resté le même que lors de ses premières constatations. Le Dr G. . formule le diagnostic de tuberculose à forme congestive du sommet gauche. Il fournit l'intéressante indication que B... a été exempté du service militaire pour adénite sous-maxillaire de nature certainement tuberculeuse. Il y a 18 mois, B... aurait été victime d'un accident à la jambe, et pendant le traitement de cet accident, d'ailleurs léger, il y a eu une poussée tuberculeuse congestive du poumon gauche pour laquelle le Dr L. l'a soigné et qui s'est améliorée au bout de six semaines. Le docteur G... indique que l'état actuel n'est pas la conséquence du traumatisme, qui a été insignifiant.

7° Note du Dr B..., en date du 5 novembre 1910, où nous lisons que B. . accuse toujours le même état de faiblesse générale. L'auscultation dénote des symptômes stéthoscopiques peu accusés : submatité sous-claviculaire gauche, respiration soufflante, pas de bruits surajoutés. Il conclut que B... est un bacillaire mais que son état n'a point de relation avec la contusion thoracique.

Examen (novembre 1904). — L'examen nous a donné les résultats suivants :

Le sieur B. . paraît de santé générale assez médiocre. Il n'est point, à vrai dire, amaigri, mais il est à la limite de l'amaigrissement. On note chez lui, sous le bord du maxillaire inférieur droit, une très longue cicatrice blanchâtre, irrégulière, qui va depuis l'angle

postérieur de la mâchoire jusqu'au niveau de la ligne médiane cervicale. C'est la trace d'un « furoncle » dit B..., qui a été ouvert l'année même de son tirage au sort. B. . nous confirme qu'il a été exempté du service militaire.

Il existe chez ce blessé une légère adénite axillaire gauche ; pas d'adénite inguinale, ni d'adénite cervicale.

Les testicules sont absolument sains.

L'auscultation fournit des résultats importants :

Sous la clavicule gauche, matité certaine ; expiration soufflante, bruits adventices, râles sous-crépitants ; en outre, augmentation des vibrations et retentissement de la voix, bref, signes d'infiltration bacillaire au début du deuxième degré.

En arrière, il n'y a point de modifications de la sonorité, mais il existe des deux côtés, au niveau de la racine des bronches, un souffle très net indiquant, croyons-nous, l'existence d'une adénopathie bronchique bacillaire.

Il n'y a pas actuellement de dypsnée.

Le pouls est normal.

On ne constate aucune lésion cardiaque.

Discussion. — Le cas du sieur B... est, comme tous les cas de tuberculose traumatique ou de prétendue tuberculose traumatique, un cas délicat Il est de toute évidence que B... était bien avant son accident, en puissance de bacillose, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est l'existence d'une adénite sous-maxillaire dont il porte les traces les plus nettes aujourd'hui. Le sieur B.. parle d'un « furoncle », mais c'est là une expression nullement médicale ; et il ne peut faire de doute qu'il y a eu chez lui adénite sous-maxillaire tuberculeuse. C'est vraisemblablement en raison de cet état non douteux qu'il a été exempté du service militaire.

Sans faire état actuellement des indications données par M. le Dr G. ., il y a lieu toutefois de les faire entrer en ligne de compte. Le Dr G... a rappelé — nous l'avons noté ci-dessus — qu'il y a quelque dix-huit mois environ, B .. a déjà eu une poussée de phénomènes pulmonaires suspects.

Chez ce sujet, en puissance de bacillose — nous le répétons —

survient le 6 juin 1910, un traumatisme. Ce traumatisme est, il est vrai, thoracique, mais il porte sur la paroi latérale postérieure du thorax à gauche ; il ne détermine pas de fracture de côte et il ne détermine aucun signe immédiat que l'on puisse admettre comme signe de contusion pulmonaire. Tout paraît se passer d'abord normalement, puis 15 ou 20 jours après, B... est pris de phénomènes indiqués par lui comme étant des phénomènes hémoptysiques et indiqués par les médecins qui l'ont vu comme une poussée très nette de broncho-pneumonie fébrile, probablement bacillaire. Depuis lors, les phénomènes aigus s'amendent, mais les phénomènes chroniques demeurent et tous les médecins qui l'ont ausculté jusqu'à nous, indiquent la localisation bacillaire que nous trouvons actuellement sous la clavicule gauche.

Dans ces conditions, il n'y a pas à hésiter à dire que B... était un tuberculeux ancien qui, ayant déjà souffert de manifestations non douteuses de bacillose, a présenté, nous ne disons pas à l'occasion, mais en même temps ou presque en même temps qu'un accident de travail, de nouvelles manifestations bacillaires qui semblent avoir retenti fâcheusement sur son état général. Ces manifestations ont passé à l'état de chronicité et aujourd'hui B... est un bacillaire avéré quoique non encore avancé.

Peut-on rapporter les manifestations qui sont ainsi apparues dans la deuxième quinzaine de juin au traumatisme souffert dans la première quinzaine ? Nous ne le croyons pas ; rien ne nous y autorise ; il paraît y avoir une simple coïncidence et non pas une relation. Nous ne voudrions pas toutefois dire que le traumatisme n'a pas pu influer d'une façon fâcheuse, mais qu'il est bien difficile d'évaluer numériquement son influence sur l'état antérieur de B... et c'est justement là que réside toute la délicatesse du cas.

Il est certain que le sieur B .. n'est guère apte au travail ; on ne l'est pas, en effet, quand on présente des manifestations bacillaires en évolution comme le sont les siennes, mais l'accident n'est pas responsable à lui seul de cet état. Est-il responsable d'une partie, même si minime soit-elle ? C'est ce qu'il est bien impossible d'affirmer scientifiquement.

Conclusions. — 1° Le sieur B... présente aujourd'hui des mani-

festations non douteuses de bacillose pulmonaire du sommet gauche qui lui enlèvent la majeure partie de sa validité professionnelle.

2° Il a, il est vrai, subi un accident de travail le 6 juin 1910, et cet accident a été une contusion thoracique, mais comme il est certain que B... avait antérieurement présenté des manifestations bacillaires, on ne saurait dire que l'accident thoracique a été chez lui l'occasion de l'éclosion de la bacillose pulmonaire ; cet accident a-t-il donné un coup de fouet à la bacillose préexistante et dans quelle mesure? C'est aussi difficile à affirmer qu'à nier.

Obs. XX (Inédite). — *Rapport de MM. Courtois-Suffit, Richardière et Thoinot.*

Impossibilité d'admettre le rôle du traumatisme à cause de la trop grande distance séparant le traumatisme des premiers accidents de tuberculose pulmonaire consécutifs.

Nous rappelons que le sieur G..., âgé alors de 43 ans, avait été blessé le 10 août 1908. Il avait été violemment contusionné au côté gauche de la poitrine par une lourde pièce de bronze qui lui avait été lancée brusquement.

Le docteur Courtois-Suffit avait visité G... le 11 septembre 1908, c'est-à-dire un mois après l'accident ; il avait vu, à la face dorsale de la main droite, une blessure très légère, et, au-dessus du sein gauche, il avait constaté une zone un peu douloureuse à la pression, correspondant avec le traumatisme thoracique. Il n'avait, à l'auscultation, trouvé absolument aucune lésion.

L'un de nous (docteur Thoinot) fut commis à l'effet d'examiner le sieur G... et procéda à sa mission le 6 avril 1909, c'est-à-dire quelque huit mois après l'accident ; ce qu'il constata surtout chez le blessé, ce fut une émotivité tout à fait remarquable ; G... semblait dans état d'abattement et de dépression nerveuse des plus prononcés.

L'expert constata que G.. , qui accusait un amaigrissement pro-

gressif, ne présentait pas encore un taux de maigreur notable. Il fut ausculté avec soin et l'expert ne constata aucune lésion pulmonaire, aucune lésion cardiaque, pas plus qu'il ne constatait d'ailleurs de lésions musculaires ou de lésions du squelette comme reliquats de l'accident.

Il conclut donc que celui-ci n'avait laissé que des troubles purement psychiques, ne se ralliant à aucune lésion organique et estima qu'une réduction de valeur industrielle de 5 % environ pouvait être accordée au blessé.

Aujourd'hui, le sieur G... se représente devant nous alléguant un état général tout à fait défectueux. Il indique que, quelque temps après notre examen d'avril 1909, c'est-à-dire vers le mois d'août, il commença à tousser ; il alla consulter à l'hôpital Laribosière, puis à l hôpital Saint-Antoine en septembre ; dans ces deux hôpitaux, on le considéra comme un tuberculeux. Depuis cette époque, il n'a point cessé de tousser, de maigrir. Il a continué à se confier aux soins du Dr M... et celui-ci l'a traité également pour la tuberculose.

Notons comme fait important que le sieur G . accuse avoir eu des hémoptysies en octobre et en novembre 1909.

Le sieur G... nous présente à l'appui de ses allégations un certain nombre de certificats intéressants que nous allons analyser, ce sont :

1° Une série de certificats délivrés par le Dr M .., depuis notre expertise d'avril 1909.

Le premier de ces certificats est intéressant à rappeler, car il date de mai 1909. Il indique que les troubles nerveux, signalés déjà dans des certificats antérieurs (dyspnée d'effort, tachycardie, émotivité extrême) persistent au même degré que précédemment. Les mêmes troubles subjectifs sont accusés par le blessé, et il ne saurait à aucun titre être guéri.

Le Dr M... estime que, seul, un emploi qui occuperait l'esprit du blessé, pourrait améliorer d'une façon sensible le syndrôme de neurasthénie traumatique.

Le deuxième certificat est en date du mois de juillet 1909 ; il y est toujours question des symptômes nerveux, d'oppression de plus en plus accusée, anxiété croissante, etc.

Le Dr M... signale l'amaigrissement rapide du blessé. « Son poids, dit-il, qui était le 25 novembre 1908 de 77 kilos, est tombé à 65 kilos » et il ajoute : « Cet amaigrissement est évidemment en rapport direct avec la perte d'appétit et avec l'état de dépression que je relève chaque fois et qui s'accentue de plus en plus. Il est donc un effet du traumatisme primitif et du syndrôme neurasthénique dont cet accident est responsable ».

Le troisième certificat est du 15 novembre 1909. Le Dr M... dit que depuis le 25 novembre 1908, le blessé a maigri de 20 kilogrammes, et, que pour la première fois, il signale des lésions au sommet gauche révélées par des craquements secs dans la fosse sus épineuse, de la matité et de l'obscurité respiratoire. Il pense que l'amaigrissement doit être rattaché, non pas comme il l'avait estimé autrefois, à la dépression nerveuse, mais bien à la tuberculose pulmonaire au début Il indique que cette tuberculose dont le malade n'avait jusqu'ici présenté aucune trace, ne peut qu'être rattachée au traumatisme primitif puisqu'il y a eu contusion de la cage thoracique du côté gauche, et hémoptysie immédiate. A son avis, la diminution de valeur industrielle est de 80 °/₀ et la tuberculose est une conséquence directe de l'accident.

2° Deux certificats de l'hôpital Saint-Antoine (18 novembre 1909, 27 novembre 1910). Tous les deux indiquent que G .. présente au sommet du poumon gauche des lésions de tuberculose pulmonaire à la première période.

3° Certificat du Dr B... daté du 13 novembre 1909, indiquant que G . présente de l'amaigrissement et des symptômes pulmonaires qui doivent faire suspecter les signes d'une tuberculose débutante et qu'un séjour à la campagne serait utile.

L'examen que nous avons fait de G... nous a donné les résultats suivants :

Le sieur G... est extrêmement amaigri ; les côtes se dessinent en forte saillie sous la peau du thorax ; les creux sus et sous-claviculaires sont très accentués.

La percussion et l'auscultation montrent une légère submatité en avant et en arrière au sommet gauche, une respiration saccadée typique au sommet gauche en avant, une respiration affaiblie en

arrière à gauche, une inspiration soufflante, et une expiration légèrement prolongée dans la même région.

Le sieur G . . ne présente aucune lésion testiculaire, aucune lésion anale, point de lésion péritonéale. On trouve chez lui quelques petits ganglions indurés.

Discussion. — Il est donc certain que le sieur G. . est aujourd'hui atteint de tuberculose au premier degré de son évolution, et on note chez lui un fait particulièrement remarquable, c'est le désaccord qui semble exister entre les lésions légères et au début qu'il présente au poumon, et l'état de maigreur extrême auquel il est arrivé progressivement et qui n'appartient ordinairement qu'aux périodes avancées de la tuberculose. Mais sans insister sur un point dont l'explication n'est pas aisée, il nous faut venir à notre sujet principal qui est de discuter les relations de la tuberculose actuelle, indéniable, avec l'accident du 10 août 1908.

La relation de cause à effet a été soutenue par quelques-uns des médecins qui ont vu le sieur G .

Le principal des arguments en faveur de cette relation de cause à effet est que le traumatisme avait porté sur la cage thoracique, du côté gauche, et que c'est précisément au poumon gauche que la tuberculose a débuté.

Mais il nous paraît que c'est là un argument plus spécieux que solide ; sans doute, un des criteriums dans l'appréciation de ce que l'on appelle la tuberculose pulmonaire traumatique, c'est un rapport de localisation entre le traumatisme et le début des phénomènes tuberculeux pulmonaires ; mais cette condition réalisée ne suffit pas, à elle seule, à établir la relation de cause à effet ; il il faut autre chose : il faut qu'un trop grand délai ne sépare point l'éclosion de la tuberculose du traumatisme, ou, à défaut de délai court, il faut qu'entre l'éclosion de la tuberculose et le traumatisme, une série de phénomènes pathologiques pulmonaires forment comme un chemin reliant de façon ininterrompue les deux termes l'un à l'autre.

Or, ici, aucune des conditions n'est remplie ; il est certain que le sieur G... n'était point, en apparence du moins, tuberculeux avant son accident ; mais il se trouve qu'il a été ausculté à bien des

reprises depuis son accident ; il se trouve qu'en septembre 1908, le Dr Courtois-Suffit ne lui trouva aucun symptôme pulmonaire ; il se trouve qu'en avril 1909, un autre de nous ne décelait, à huit mois de son accident, aucun signe pulmonaire suspect ; il se trouve que son médecin, le Dr M..., dans un certificat délivré en mai, ne parlait point du tout de tuberculose, qu'il n'en parlait point davantage en juillet et que ce n'est qu'en novembre 1909, pour la première fois, qu'il a signalé les lésions tuberculeuses Ces lésions d'ailleurs, en interrogeant le blessé, qui est de fort bonne foi, et qui répond de façon intelligente, semblent n'avoir présenté leurs premières manifestations cliniques que vers le mois d'août 1909, c'est-à-dire un an juste après le traumatisme.

De plus, il est acquis par l'interrogatoire, qu'aucun phénomène pathologique pulmonaire ne s'est montré dans l'intervalle d'un an qui a séparé le traumatisme de la première manifestation perceptible de la tuberculose. Le sieur G... a bien eu des phénomènes pulmonaires après sa contusion thoracique, mais il n'en a présenté aucun depuis, et il s'est mis à cracher du sang seulement en octobre ou novembre 1909.

Si l'appréciation de la tuberculose pulmonaire traumatique est difficile dans bien des cas, elle l'est particulièrement dans un cas comme celui-ci ou la plupart des criteriums exigibles manquent ; naturellement, nous ne pouvons affirmer que le traumatisme n'a pas été sans influence sur la tuberculose qui se manifeste aujourd'hui ; mais, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de démontrer cette influence et on ne peut faire sur elle que des hypothèses, c'est-à-dire que l'on ne peut fournir ni certitude, ni grande vraisemblance.

Conclusions. — Il ne nous paraît pas démontré suffisamment que la tuberculose pulmonaire au premier degré dont le sieur G... est manifestement atteint aujourd'hui, puisse être rattachée par une relation d'effet à cause au traumatisme qu'il a subi en août 1908.

Obs. XXI (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Impossibilité de conclure en l'absence de tout renseignement sur la nature du traumatisme et les symptômes immédiats qui ont suivi.

Le sieur D..., âgé de 25 ans, scieur de pierre, allègue qu'il a été victime d'un accident de travail, le 13 août 1908. Il maniait, avec des camarades, un gros bloc de pierre ; à un moment il lâcha ce bloc qui lui tomba sur la poitrine et il eut le côté gauche du thorax serré entre ce bloc et un autre qui se trouvait derrière lui, comme dans un étau.

Il ne put continuer le travail ; il quitta le chantier après avoir déclaré l'accident. Il vit dès le lendemain le médecin de l'assurance, le D^r M . , qui lui donna les soins nécessaires et en particulier lui ordonna des frictions sur le thorax. Il cracha du sang au bout de quelque quinze jours. Depuis son accident, il n'a pas repris le travail et se trouve dans un état général sérieux, il est essoufflé ; il est tourmenté par un point de côté fréquent du côté gauche ; il crache le matin des mucosités jaunâtres ; il a enfin et surtout beaucoup maigri ; de quelque vingt-cinq livres s'il faut l'en croire. L'examen (juillet 1907) montre que le sieur D. ., est de toute évidence atteint de tuberculose pulmonaire surtout marquée du côté gauche. Les signes caractéristiques en sont une matité à la percussion sous la clavicule gauche ; la présence de râles humides nombreux à l'auscultation en cette même région ; la présence d'une matité sus-épineuse gauche avec prolongation de l'expiration à l'auscultation en cette région. Au poumon droit nous n'avons trouvé qu'un léger souffle bronchique en arrière à droite de la racine des bronches ; indicateur sans doute d'un certain degré d'adénopathie bronchique. L'état général du sieur D. . nous a paru meilleur aujourd'hui que lorsque nous l'avons vu pour la première fois en octobre. Certes la maigreur est grande, la mine n'est pas encore brillante mais il nous a semblé qu'il y avait quelques progrès dans son état.

Discussion. — Il est établi donc que le sieur D... est atteint de tuberculose pulmonaire marquée à gauche. Il faut maintenant discuter les relations de cette tuberculose avec l'accident dont cet ouvrier a souffert le 13 août 1908, et pour cela, nous devons rechercher :

1° Quel était l'état antérieur du sieur D .. ;

2° Quel a été exactement l'accident et quelles en ont été les suites pulmonaires ;

1° De l'état antérieur du sieur D ., nous ne savons que ce qu'il nous a dit lui-même ; il nous a assuré qu'il n'avait jamais été malade avant son accident, qu'il était en santé aussi parfaite que possible et qu'il avait travaillé sans interruption à son métier ou du moins sans interruption provenant de maladie, jusqu'au 15 août 1908. Si nous ne pouvons vérifier ses dires sur son état de santé antérieure, il nous serait, tout au moins fort aisé de vérifier ses dires sur sa capacité au travail avant l'accident. Il est regrettable que nous n'ayons trouvé au dossier aucune pièce à ce sujet ; nous devons donc tenir pour véridiques les dires de D... quitte à laisser la partie défenderesse faire la preuve du contraire après une enquête appropriée.

Les antécédents héréditaires ou collatéraux de D... seraient, à son dire, exempts de tout soupçon ; son père et sa mère n'ont point souffert de maladie de poitrine ; il n'a qu'un frère qui est en fort bonne santé. Enfin, l'examen que nous avons fait de lui ne montre aucune tare tuberculeuse, que les lésions pulmonaires ci-dessus décrites. Il n'y a point de tuberculose testiculaire ; il n'y a pas de fistule à l'anus, et nous n'avons trouvé pour toutes manifestations tuberculeuses possibles que quelques petits ganglions cervicaux rétro-sterno-mastoïdiens.

Si donc les dires du sieur D... se vérifient, s'il est établi que antérieurement à l'accident, il jouissait de toute sa capacité de travail, il faudrait bien admettre que jusqu'à son accident il n'était tout au plus qu'un tuberculeux latent, mais sur ce point spécial encore une fois une contre-enquête doit être dirigée.

2° D... nous a décrit l'accident dans des termes que nous avons rapportés ; il s'est agi d'une contusion de la paroi thoracique gauche, mais ici se présente tout d'abord une difficulté des plus

sérieuses. Nous n'avons sur l'accident de D . . absolument aucune pièce médicale ; il n'a été établi aucun certificat de premier constat. Il existe bien du Dr M. . . une note ainsi conçue :

« Le nommé D . , blessé le 13 août 1908 (contusion thoracique), est atteint en ce moment de tuberculose pulmonaire du côté gauche. Je crois devoir informer le Syndicat que cette manifestation morbide est inquiétante ».

Ce certificat paraît bien avoir été délivré quelque temps après l'accident, mais par un lapsus calami involontaire, lapsus calami qui lui enlève toute sa valeur significative, il porte la date du 6 août 1908, alors que l'accident est du 13 août.

Le dossier du Syndicat contient en outre une seconde pièce fort intéressante du Dr T..., en date du 8 octobre 1908, et cette pièce constate elle aussi, purement et simplement, la tuberculose pulmonaire au second degré chez D. .

Donc, aucun renseignement sur l'accident lui-même. Quel a été le degré de gravité de cette contusion thoracique ? Quels ont été les phénomènes consécutifs immédiats ? Comment et à quel degré le poumon a-t-il été touché ? Nous n'avons aucune notion sur ces éléments d'appréciation si importants Tout ce que nous savons, nous le tenons de D... lui-même et ce blessé nous dit avec la plus entière bonne foi qu'il n'a craché le sang qu'au bout d'une quinzaine de jours. S'agissait-il d'une hémoptysie de contusion tardive, très tardive même, ou s'agissait-il d'hémoptysie déjà tuberculeuse, nous ne pouvons certes en juger rétrospectivement.

La situation ne laisse pas que d'être fort embarrassante pour l'expert ; ignorant tout de ce qu'était l'ouvrier avant son accident, ignorant ce qu'a été l'accident lui-même et quelles en ont eté ses suites immédiates, il ne peut faire que deux constatations ; la première c'est que D... est actuellement tuberculeux, la seconde, c'est qu'il déclare avoir subi une contusion thoracique en août 1908 et que cet accident ne paraît pas contesté, mais que les conditions en sont absolument imprécises et se prêtent peu à une appréciation réelle.

Conclusions. — 1° Le sieur D... est actuellement atteint de tuberculose pulmonaire qui diminue sa capacité ouvrière dans une

mesure égale au-moins à 50 °/₀, toutes réserves faites pour l'avenir qui ne peut être fixé actuellement.

2° Le sieur D... rapporte son état actuel à un accident qu'il a subi le 13 août 1908. Il est certain que cet accident n'a pas créé la tuberculose pulmonaire, mais il aurait pu aggraver une tuberculose latente et faire du sieur D... jusque là capable de son travail, un individu à valeur ouvrière très diminuée.

3° Cette hypothèse parfaitement raisonnable ne pourrait être établie de façon certaine que si nous disposions des renseignements qui nous font absolument défaut dans l'espèce et qui rendent toute appréciation presque impossible.

Nous ne possédons en effet aucune donnée sur l'état antérieur de D..., sur sa capacité réelle de travail que l'ouvrier prétend avoir été entière jusqu'à l'accident, affirmation qu'il serait très facile de confirmer ou d'infirmer par une enquête qui n'a malheureusement pas eu lieu.

Nous ne possédons aucune pièce médicale de premier constat sur l'accident so ffert par D... ; nous ne savons rien de la gravité de l'accident, de ses suites immédiates et du retentissement qu'il a eu dans les premiers jours, sur les poumons.

5° Nous ne pouvons dire qu'une chose : l'état actuel de D... peut raisonnablement être considéré comme un état de tuberculose pulmonaire aggravé par une contusion de poitrine ; mais tous les éléments certains de preuves sont encore à rassembler. Il n'a pas dépendu sans doute de l'ouvrier ni de la Compagnie que ces éléments nous fussent fournis mais ils ne l'ont pas été. A M. le Juge d'ordonner, s'il le croit nécessaire, l'enquête indispensable pour nous fournir tous les éléments d'appréciation nécessaires.

Obs. XXII (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Aggravation d'une tuberculose pulmonaire attribuée à un traumatisme abdominal. — Négation de l'influence du traumatisme à cause de l'absence de traumatisme thoracique.

L. ., âgé de 50 ans, déclare que, le 2 mars 1908, il a été atteint

par un éclat d'acier qui le blessa grièvement à l'aine au cours du travail ; il en résulta des accidents péritonéaux très graves qui nécessitèrent l'application de glace pendant trois semaines et le séjour au lit jusqu'au 15 avril. Il fut ensuite atteint d'appendicite traumatique et de douleurs lombaires qui le rendaient impropre à tout travail. Il estimait que sa capacité industrielle était presque entièrement annihilée.

Au dossier de l'affaire, il existe un certain nombre de pièces médicales dont voici l'énumération :

1° Certificat de premier constat du Dr D... et indiquant à la date du 2 mars 1908, chez L , une contusion de l'abdomen du côté droit, une petite plaie de l'avant-bras.

2° Note du Dr L.. , en date du 16 septembre 1908, indiquant que L... a été blessé par un poids de 15 kilogrammes environ dans la fosse iliaque droite, qu'il a présenté des accidents péritonéaux très graves qui ont nécessité l'application de glace pendant trois semaines et le séjour au lit jusqu'au 15 avril. A l'heure actuelle, il existe des signes d'appendicite que le Dr L... considère comme une appendicite d'origine traumatique.

3° Rapport d'expertise du Dr T... (25 septembre 1908). Il relate d'abord avec soin les commémoratifs de l'accident ; il note, ce que nous n'avons point trouvé énoncé dans les certificats précédents, qu'il y a eu après le traumatisme, une couleur noirâtre des urines. Puis le Dr T... indique les résultats de son examen : L. . est chétif, amaigri, marchant péniblement. Il souffre dans tout le côté droit devant et derrière ; il se redresse avec la plus grande difficulté ; la position horizontale lui est fort pénible.

L'examen local est difficile. Le Dr T... n'a point trouvé de lésions rénales à la palpation bimanuelle. Les urines sont claires et normales ; il n'y a ni sucre, ni albumine.

Il conclut que L .. est atteint de contusion profonde de la partie droite de l'abdomen, avec déchirure du rein droit probable et que la consolidation peut être fixée au 1er août 1908.

4° Certificat du Dr L .., en date du 24 mai 1909 ; il indique que L. . est atteint de hernie intestinale au niveau de la fosse iliaque droite et d'une infirmité de même espèce moins caracté-

risée à gauche. Il y a eu évidemment déchirure des muscles et déchirure du péritoine par l'accident, qui ont permis à la hernie de se faire. L... est incurable et inopérable, etc.

5° Certificat du Dr B . , en date du 27 mai 1909 ; l'état de L. . s'est aggravé depuis le certificat de septembre 1908 ; il présente deux pointes de hernie, infirmité nouvelle qui s'ajoute à l'appendicite traumatique ; il est dans un état de débilité extrême et il est vraisemblable qu'il ne pourra jamais se livrer à aucune occupation.

6° Certificat du Dr M . ., en date du 19 juillet 1909, relevant les lésions suivantes chez le blessé :

« 1° Hernie inguinale double à l'état de pointe ;

« 2° Résistance et épaississement de la paroi abdominale dans la région de la fosse iliaque droite ;

« 3° Circulation veineuse collatérale au même point ;

« 4° Amaigrissement et déchéance physique.

Cet état est la conséquence de l'accident survenu le 2 mars 1908.

7° Certificat du Dr L..., en date du 4 novembre 1909. Après avoir rappelé ses certificats précédents, il indique que L... présente les signes d'une tuberculose pulmonaire en évolution déjà assez avancée et le Dr L.. ajoute : « Il paraît hors de doute que cet homme, qui jouissait d'une santé excellente avant son accident, a tellement souffert et s'est alimenté si insuffisamment depuis ce violent traumatisme, qu'il a présenté un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose. »

8° Enfin, le Dr E. . ., médecin de la Cie d'assurance, nous remet une note dans laquelle il rappelle le fait de la coloration noire des urines ; il note l'amaigrissement, la pâleur du sieur L. . , une douleur correspondant au point de Mac Burney mais sans défense de la paroi ; il ne trouve pas de tuméfaction rénale appréciable ; il pense qu'il y a eu chez le blessé contusion rénale avec phénomènes de péritonisme concomitants, peut-être aussi contusion intestinale, et il conclut avec le médecin traitant à l'existence d'une incapacité permanente partielle susceptible de s'améliorer.

L'examen que nous avons fait de M. L .. nous a donné les résultats suivants :

Ce blessé était couché ; nous l'avons trouvé extrêmement amai-

gri, vraiment squelettique, avec des plaques d'excoriation débutant au sacrum

L'examen de l'abdomen ne nous a point montré de hernie inguinale, ni gauche, ni droite.

Nous avons noté des ganglions très apparents, très hypertrophiés, aux deux aines, et en particulier un gros ganglion siégeant au niveau de l'aine droite.

Le ventre était très amaigri et rétracté.

Le blessé, lorsqu'on essayait de palper la fosse iliaque droite, accusait une douleur très vive, mais il n'y avait point de défense musculaire, et nous pouvons assurer qu'il n'y avait pas de tumeur dans la fosse iliaque droite.

Nous n'avons pas non plus trouvé chez ce blessé de déplacement rénal du côté droit.

Les urines que nous avons pu voir étaient claires, nullement ensanglantées. Sa femme nous a déclaré qu'elles n'étaient pas toujours ainsi et que, de temps à autre, elles se troublaient.

Le sieur L . présentait au moment de notre examen des signes de tuberculose pulmonaire indéniables et très avancée au poumon droit, sous la clavicule, du gargouillement et du souffle bronchique ; en arrière, mêmes phénomènes au sommet et infiltration tuberculeuse traduite par des râles sous-crépitants.

Le poumon gauche paraissait beaucoup moins atteint que le droit, mais il l'était manifestement au sommet, en avant et en arrière.

Nous n'avons point trouvé defistule anale.

Le testicule droit était atrophié mais il n'y avait certainement pas de tuberculose testiculaire.

Discussion. — Nous devons discuter avec tous les éléments rassemblés la relation de l'état actuel du sieur L . . avec l'accident de travail subi par lui le 2 mars 1908.

Quel a été d'abord l'accident initial, quelle lésion le traumatisme a-t-il causé ?

Nous ne sommes pas en mesure de le dire d'une façon certaine. Il paraît y avoir eu contusion abdominale, peut-être aussi contusion rénale, et la présence d'urine noire, les douleurs vives dans

tout l'abdomen avec un état général sérieux qu'a présenté le sieur L... sont bien de nature à confirmer ce double diagnostic.

Nous voyons ensuite que le sieur L .. ne se rétablit point et il est parlé dans les certificats médicaux d'appendicite traumatique, de double hernie, etc.

L'appendicite traumatique est une affection à l'heure actuelle quelque peu nuageuse ; il est loin d'être établi qu'une appendicite puisse être d'origine traumatique.

En tous cas, ce qui est bien certain, c'est que s'il y a eu appendicite à un moment quelconque, il n'en existait plus de traces lors de notre examen. Nous pouvons dire de façon certaine, que le sieur L . n'a point présenté de hernie car il n'en avait pas lors de notre examen, et une hernie n'est point une affection qui disparaît ainsi à volonté ; quand on a une hernie, on la garde et on en présente des signes permanents à moins d'avoir été opéré, ce qui n'est point le fait du sieur L..

Donc, lésion initiale non établie de façon complète, probablement contusion abdominale et contusion rénale, puis, dans la suite, obscurité complète sur les phénomènes pathologiques qui se sont déroulés. Une seule chose paraît certaine, c'est que le sieur L... ne s'est point rétabli.

A l'époque de notre examen, l'affection dont souffrait le sieur L... était des plus nettes et dominait toutes choses ; il existait chez lui une tuberculose pulmonaire marquée surtout du côté droit, à la troisième période, tuberculose indéniable, incontestable, et il n'existait rien d'autre que cette tuberculose ; elle suffisait à elle seule à expliquer l'amaigrissement, la faiblesse, l'état de déchéance physique énorme du sieur L. .

Quelle relation cette tuberculose a-t-elle pu avoir avec l'accident subi à l'abdomen et probablement aussi du côté du rein, en mars 1908 par le sieur L... ; il serait vraiment difficile de trouver un lien de cause à effet entre ces deux phénomènes.

Pour faire une tuberculose dite traumatique, il faut une contusion thoracique ; or, le sieur L... n'a point souffert de contusion thoracique.

Sans doute, le docteur L... explique que cet individu ayant

subi un gros traumatisme, obligé de garder le lit, s'est trouvé être un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose pulmonaire ; mais c'est là une pure hypothèse et en tous cas, en tuberculose traumatique, cette éventualité n'est pas à envisager.

On pourrait peut-être faire l'hypothèse suivante : le sieur L... a souffert d'un traumatisme abdominal, celui-ci a donné lieu à une manifestation tuberculeuse locale de la fosse iliaque qui aurait été prise à un moment pour une appendicite traumatique, et, sur cette affection tuberculeuse locale, se serait greffée plus tard la tuberculose pulmonaire. Mais c'est encore une hypothèse purement gratuite puisqu'à l'examen nous ne trouvons rien dans la fosse iliaque ; ce qui serait bien étonnant s'il y avait eu typhlite tuberculeuse, affection qui n'a point l'habitude de se résorber ainsi.

Donc, la discussion ne permet point de rattacher la tuberculose pulmonaire du sieur L . à son accident ; elle paraît lui être antérieure, ou, si elle lui est postérieure et que l'accident ait joué un rôle quelconque dans son évolution, ce rôle ne peut guère être fixé de façon certaine.

Conclusions. — 1° Le sieur L... est atteint de tuberculose pulmonaire avancée.

2° Il n'est pas possible, en l'état de l'affaire, d'établir un lien de cause à effet entre cette tuberculose pulmonaire et l'accident que le sieur L . . a souffert au cours du travail, le 2 mars 1909, accident qui semble avoir créé un traumatisme local à l'abdomen et au rein droit.

Obs. **XXIII** (Inédite). — *Rapport de M. le Prof^r Thoinot.*

Aggravation d'une tuberculose pulmonaire attribuée à un refroidissement au cours du travail, négation du fait même de l'accident.

V..., mécanicien, 34 ans, exécuta, dans la nuit du 17 au 18 juillet 1902, de 2 h. à 4 h. 1/2 du matin, une réparation dans une chaudière. A 8 heures du matin, il fut pris d'hémoptysie, s'alita le

19 juillet et fut malade pendant 15 jours. Il reprit le travail le 10 août et le continua pendant 4 mois avec seulement quelques malaises. Vers la fin de novembre 1902, il cracha de nouveau du sang et ces crachements persistèrent pendant plusieurs mois : de novembre 1902 à juillet 1903, il fut incapable de travailler. Depuis cette époque, il a cessé tout travail régulier ; sa santé est devenue décidément mauvaise ; il est essoufflé, tousse beaucoup, a des crachats purulents et quelquefois sanglants.

Les dires de V... sont précisés et commentés au point de vue médical par un certain nombre de certificats que nous allons sommairement analyser.

1° Un certificat du Dr M... (15 avril 1903) qui a vu V... le 21 juillet 1902 et diagnostiqué une congestion pulmonaire. Le 22 novembre 1902, le Dr M... revoit V . qui toussait et se plaignait de souffrir dans les épaules. — Le 10 décembre 1902, il est appelé par V... à l'occasion d'hémoptysies graves qui mirent sa vie en danger. « Depuis cette époque, je l'ai suivi régulièrement : il a presque toujours été alité, a fait à plusieurs reprises des poussées congestives du côté du poumon avec hémoptysies abondantes. » Le Dr M. ajoute : « M. V... est à ce moment (15 avril 1903) atteint de lésions du sommet gauche. »

2° Un certificat du Dr B..., en date du 11 février 1903, qui certifie avoir donné ses soins à V..., du 21 juillet au 8 août 1902, pour congestion pulmonaire avec hémoptysies graves, congestion contractée le 20 juillet pendant la réparation d'un foyer de chaudière.

3° Du rapport d'expertise du Dr D..., du 23 mai 1903, nous extrayons que V... se plaint à ce moment de sueurs nocturnes, de petits frissons fébriles vespéraux intermittents, de toux, de crachats et de points thoraciques gauches. L'examen du poumon lui montra des signes de tuberculose du sommet gauche.

L'examen médical a donné les résultats suivants :

V... déclare présenter actuellement des troubles de santé nombreux, indiquant tous une affection chronique de l'appareil pulmonaire ; ce sont : de la diminution des forces, de l'amaigrissement, des points de côté, surtout à gauche, des crachats jaunâtres

ou verdâtres, apparaissant après des quintes de toux et surtout le matin.

On ne trouve pas chez V..., un véritable amaigrissement et l'état général ne semble pas compromis à l'heure actuelle. On croirait difficilement en voyant V... être en présence d'un tuberculeux, et cependant l'existence de la tuberculose pulmonaire ne fait pas le moindre doute. La palpation, la percussion, l'auscultation concordent absolument pour démontrer un foyer de tuberculose au sommet du poumon gauche, et l'examen microscopique des crachats a décelé des bacilles de Koch en grande quantité.

Discussion. — Les points suivants sont donc établis :

V.. a souffert à dater du 18 juillet 1902, d'une série d'accidents pulmonaires dont l'aboutissant a été une tuberculose pulmonaire avérée aujourd'hui, dont l'indication nette se trouve déjà formulée en avril 1903, dans un certificat du Dr M. .

V... prétend que le *primum movens* de toute cette série pathologique a été une congestion pulmonaire contractée en 1902, sous l'influence du refroidissement qu'il a subi en réparant une chaudière au cours de son travail.

Examinons donc si cette manière de voir cadre avec les faits tels que nous les connaissons maintenant d'ensemble.

L'interprétation que semble avoir adoptée les médecins qui ont délivré les certificats, est que V.. ayant subi un refroidissement, a eu une congestion pulmonaire, une pneumonie même, et que celle-ci a ouvert la porte à la tuberculose.

Mais quand on considère l'ensemble de l'évolution pathologique qu'a subi V..., cette interprétation tombe. En effet, les accidents aigus qui ont commencé brusquement le 18 juillet, pour durer quelques jours, ont été masqués et diminués par un phénomène majeur qui n'appartient ni à la congestion simple banale, ni à la pneumonie, à savoir *les crachements de sang.* Que le Dr B... déclare avoir été des *hémoptysies graves.* Or, aucun doute n'est possible : *les hémoptysies démontrent la nature tuberculeuse indubitable de cette soi-disant congestion*, qui ouvrait la porte, dit-on, à la tuberculose ultérieure. V... a fait le 18 juillet et les jours

suivants une manifestation tuberculeuse caractérisée ; il a révélé ce jour-là sa tuberculose pulmonaire, latente jusque-là.

Les hémoptysies soudaines, alarmantes souvent, sont comme la pleurésie, un des modes de révélation clinique presque les plus ordinaires de la tuberculose. Et il est une autre règle à laquelle V... n'a pas manqué ; cette règle veut qu'à partir du moment où le sujet, en apparence sain jusque-là, a eu une hémoptysie, sa tuberculose pulmonaire progresse et se confirme de toute l'évidence clinique possible. Or que voyons-nous chez V. . ? Après l'assaut de juillet 1902, une accalmie, puis en novembre, et pendant de longs mois, une série de nouveaux accidents pulmonaires analogues aux premiers et comme eux marqués par des hémoptysies abondantes ; et c'est dès lors l'état tuberculeux confirmé indéniable.

A la formule adoptée dans la cause, et qui nous semble l'avoir singulièrement obscurcie, il faut, suivant nous, substituer celle-ci : V... a vu sa tuberculose pulmonaire, latente jusque-là, se révéler extérieurement à partir de juillet 1902 par une congestion pulmonaire tuberculeuse, caractérisée et diminuée par des hémoptysies ; et à partir de ce moment, il a parcouru les étapes normales d'une tuberculose pulmonaire à marche lente et compatible, jusqu'à un certain point, avec un assez bon état général et une demi-validité physique.

Nous voici conduits à aborder une question capitale : *quelle a été l'influence du travail entrepris dans la nuit du 17 au 18 juillet* ?

On ne saurait soutenir que l'influence néfaste de ce travail ait été jusqu'à créer d'emblée, en quelques heures, une tuberculose pulmonaire chez V.. , sain jusque-là Ce que l'on doit discuter seulement, c'est ceci : ce travail a-t-il exposé V..., tuberculeux latent jusque là, ayant toutes les apparences de la santé, ou du moins du degré de santé compatible avec le travail, a des influences qui pouvaient agir défavorablement sur le poumon et aider à l'explosion brusque des manifestations tuberculeuses ? En d'autres termes, le travail, s'il n'a pu créer la tuberculose, a-t-il été l'occasion de sa manifestation révélatrice ?

Nous savons médicalement que l'hémoptysie révélatrice de la tuberculose, l'hémoptysie initiale, n'a besoin d'aucune cause

occasionnelle pour se produire dans la plupart des cas, et V... nous fournit lui-même la preuve que des hémoptysies tuberculeuses peuvent apparaître dans le cours de la tuberculose sans cause provocatrice, puisque celles dont il fut pris, à dater de novembre, sont apparues (c'est son dire même) sans aucune cause extérieure saisissable.

Il a été cependant adopté que V... s'était refroidi dans son travail et que le refroidissement avait eu une action sur les phénomènes de congestion hémoptoïque présentés par lui et cette interprétation n'est pas absurde *a priori* : il s'agit de la discuter *médicalement* et *techniquement*.

Médicalement, si l'on pèse les circonstances que nous a relatées V..., on ne voit pas les éléments bien nets du *coup de froid* dans son cas. Il sort de la chaudière à 4 heures 1/2 du matin en sueur ; il change de vêtements, il n'a ni frisson, ni claquement de dents, et *à 8 heures* commencent les hémoptysies. Rien donc, au point de vue médical, de moins caractérisé que l'influence du froid dans l'apparition des hémoptysies dans le cas présent, et on est bien tenté de dire que cette hémoptysie, qui n'avait nul besoin de cause occasionnelle pour se produire, n'a été dotée d'une cause déterminante qu'en vertu de l'axiôme : *Post hoc ergo propter hoc*.

Il faut examiner maintenant de près les conditions du travail effectué dans la nuit du 17 au 18 juillet et voir s'il y avait là un travail particulièrement nuisible, un travail hors des conditions ordinaires et constituant un élément extraordinairement nocif (Les conclusions de l'expertise technique faite par un ingénieur ont été que V... n'a pas été soumis à une chaleur plus forte que celle à laquelle il était exposé normalement par son travail de mécanicien).

En résumé, les faits qui ont été ainsi présentés par le sieur V... (refroidissement au cours d'un travail présentant des conditions spécialement dangereuses ; congestion pulmonaire contractée au cours et sous l'influence de ce travail ; tuberculose pulmonaire greffée sur cette congestion et lui faisant suite) doivent être établis, à notre avis, de la façon suivante : Travail n'ayant pas exposé le sieur V... à des conditions réellement exceptionnelles dans sa profession ; hémoptysies brusques révélant cliniquement une tuber-

culose jusque là latente dans les quelques heures qui suivirent la cessation du travail, mais hémoptysies n'ayant avec ce travail qu'une relation de simple coïncidence et qui se seraient fatalement produites sous n'importe quelle influence banale et même sans cause saisissable ; enfin évolution caractéristique de la tuberculose à partir de ce moment.

Nous n'avons cessé de parler de tuberculose latente jusqu'au 18 juillet chez le sieur V..., et il semble, en effet, que ce sujet jouissait d'une bonne santé jusque là, et en tout cas, était parfaitement capable de travail. Et d'ailleurs, cet événement de tuberculose brusquement révélée par une hémoptysie chez un individu que tout le monde croyait en bonne santé, est un des faits cliniques les plus connus. Mais cependant, il faut dire qu'ici les antécédents de V .. n'étaient peut-être pas aussi purs que l'affirme ce malade, qui nous a dit avoir eu un chaud et froid en 1900 et que son patron prétend avoir toujours, depuis 1900, été souffrant de bronchite, tout en satisfaisant à son travail, sauf une interruption de 3 semaines à la fin de 1900, et quelques courtes interruptions en 1901.

Conclusions. — 1° A la fin d'un travail, effectué dans la nuit du 17 au 18 juillet 1902, V .. a été pris de phénomènes pulmonaires graves.

2° Ces phénomènes étaient sans contredit la révélation brusque d'une tuberculose pulmonaire jusque là non soupçonnée et qui, depuis, a continué sa marche lente et progressive.

3° Il n'est nullement démontré que le travail effectué dans la nuit du 17 au 18 juillet ait pu avoir une influence quelconque sur l'apparition des phénomènes morbides qui révélaient ainsi la tuberculose de V... ou sur cette tuberculose elle-même.

CHAPITRE V

RÈGLES DE L'EXPERTISE

Nous avons vu combien étaient différents les cas qui se présentent à la sagacité du médecin expert : il est, par suite de cette diversité, impossible d'établir des règles générales d'expertise pouvant convenir à tous les cas : aucune affaire ne se présente de la même façon ; dans aucun cas les éléments de discussion ne sont les mêmes. Il faut cependant avoir une méthode d'investigation rigoureuse, grâce à laquelle on ne puisse commettre aucun oubli important, le fait le plus négligeable en apparence pouvant entraîner de graves conséquences dans la discussion et dans les conclusions ; c'est cette méthode générale que nous tenterons d'exposer ici.

Mais il est nécessaire auparavant d'étudier rapidement une question très vivement discutée dans ces dernières années et qui a passionné tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie des accidents du travail : c'est la *question de l'état antérieur*. Doit-on tenir compte de l'état antérieur dans l'appréciation du préjudice causé par l'accident ? Pour prendre un exemple topique, une plaie, sans gravité par elle-même, détermine chez un diabétique la mort par septicemie gangréneuse. Le patron doit-il indemniser la famille de l'ouvrier entièrement, ou bien

est-il responsable seulement du dommage qu'aurait causé la même blessure chez un individu sain.

Il nous semble que c'est à tort que les médecins se sont préoccupés de cette question qui est d'ordre purement juridique ; la mission confiée par les tribunaux au médecin-expert est strictement médicale : cette mission comprend deux parties :

1° Il doit indiquer le lien de cause à effet qui existe entre l'accident et la maladie qui est apparue après lui : pour déterminer cette liaison, il doit montrer si le traumatisme a joué le rôle de cause déterminante, ou seulement le rôle de cause occasionnelle, ou aggravante, ou révélatrice.

2° Ceci fait, il apprécie quelle est la capacité ouvrière du blessé au moment de l'expertise, en indiquant les modifications que peut subir cette capacité ouvrière dans la suite.

Ici s'arrête sa mission : il a fourni au juge tous les éléments médicaux d'appréciation, qui lui permettront d'estimer quelle peut être la responsabilité de l'accident ; ce n'est pas à un médecin d'apprécier cette responsabilité.

Pour nous résumer, le médecin expert, en présence d'une maladie imputée à un traumatisme, a pour fonction de discuter et d'établir avec la plus grande précision possible les deux points suivants (une fois, bien entendu, le diagnostic posé) :

1° *L'étiologie exacte de la maladie.*

2° *Son pronostic immédiat et éloigné.*

Toute autre considération lui devient étrangère ; car c'est uniquement pour être renseignés sur ces questions qui sont en dehors de leur compétence, que les juges ont sollicité un avis médical ; une fois renseignés sur ce

sujet, eux seuls sont à même de fixer la responsabilité légale du traumatisme et l'indemnité à allouer.

En présence d'une affaire de tuberculose pulmonaire traumatique, l'expert devra donc répondre aux questions suivantes :

1° *Y a-t-il eu accident ?*

2° *Y a-t-il tuberculose pulmonaire ?*

3° *Est-il possible d'établir un lien de cause à effet entre l'accident et l'évolution consécutive de la tuberculose ? et dans quelle mesure ?*

4° *Quelle est l'incapacité de travail du blessé à la suite de cet accident ?*

De ces diverses questions les deux dernières seules offrent des difficultés.

§ I. — Y a-t-il eu accident ?

Cette question est le plus souvent étrangère à l'expertise médicale : l'enquête, les dépositions des témoins établissent la réalité de l'accident, réalité qui n'est généralement pas contestée. Il est pourtant des cas où le médecin peut être appelé à donner son avis, et du moins, il doit demander parfois, avant de donner ses conclusions, que la réalité de l'accident soit établie. Nous avons vu (observation XXIII) que l'on ne pouvait admettre la réalité de l'accident dans un cas où une expertise technique avait établi que les troubles pulmonaires invoqués par le blessé n'étaient pas survenus dans des conditions différentes de celles nécessités par le travail habituel de l'ouvrier.

§ 2. — Y a-t-il tuberculose pulmonaire ?

Ici encore, l'expert ne rencontre jamais de difficultés sérieuses : il n'a guère en effet à se prononcer que sur des cas de tuberculose avérée, cas d'un diagnostic facile, et qui ne sauraient être simulés. La *simulation de la tuberculose pulmonaire*, en effet, n'est possible qu'à la période tout à fait initiale. Le sujet tente alors de se faire considérer comme tuberculeux en simulant de la dyspnée d'effort, de l'amaigrissement, parfois des hémoptysies. Ces faits sont bien connus en médecine militaire ; mais, en matière d'accidents du travail, il ne saurait guère être question de tuberculose pulmonaire traumatique en l'absence de symptômes sthétoscopiques nets, qui écartent par le fait même toute possibilité de simulation.

Mais si la simulation est impossible, *l'exagération des symptômes fonctionnels* est extrêmement fréquente ; elle est difficile à dépister, étant donné la fréquence avec laquelle on rencontre en clinique des symptômes fonctionnels très intenses, alors que l'examen ne montre que des signes très peu accentués. Comme dans toutes les expertises médico-légales, il faut apporter dans ces cas une grande prudence et ne jamais rejeter sans raison valable la possibilité de signes fonctionnels dont l'intensité semble exagérée par rapport aux lésions constatées.

§ 3. — Est-il possible d'établir un lien de cause à effet entre l'accident et l'évolution consécutive de la tuberculose ? et dans quel mesure ?

Ici commencent les véritables difficultés. Avant de con-

clure sur ce point il est nécessaire de résoudre les problèmes subsidiaires suivants :

1° *Quel était l'état de santé du blessé avant l'accident* ?

2° *Y a-t-il eu un traumatisme thoracique de nature à provoquer des lésions pulmonaires appréciables* ?

3° *Les symptômes observés dans les jours qui ont suivi l'accident sont-ils de nature à expliquer le développement d'une tuberculose pulmonaire traumatique ?*

4° *L'évolution des symptômes cadre-t-elle avec l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire traumatique ?*

1° QUEL ÉTAIT L'ÉTAT DE SANTÉ DU BLESSÉ AVANT L'ACCIDENT ?

C'est là un des points les plus importants à établir ; suivant la solution apportée à ce problème, on pourra décider s'il s'agit d'une tuberculose latente, révélée et aggravée, ou simplement d'une tuberculose en évolution, aggravée. Les documents sont fournis par les considérations suivantes :

a) *Taux du salaire avant l'accident,* ce renseignement est facile à recueillir, mais *il ne constitue pas un argument médical,* et le médecin expert ne doit même pas s'en enquérir.

b) *Enquête sur les interruptions de travail avant l'accident pour raison de santé.*

Les résultats de cette enquête sont fort précieux : le médecin qui n'a généralement pas les moyens d'y procéder, doit la demander s'il le juge nécessaire.

Un travail parfaitement régulier n'implique d'ailleurs pas la négation d'une tuberculose en évolution : c'est

un fait courant d'observation hospitalière que celui de ces malheureux qui n'ont jamais cessé de travailler et chez lesquels on constate, lorsqu'ils se décident enfin pour la première fois à interrompre leur travail, d'énormes foyers avec excavations étendues.

c) *Interrogatoire du blessé.* L'expert doit toujours s'enquérir de l'état de santé antérieur du blessé, et de ses antécédents familiaux. Il ne faut d'ailleurs pas attendre grand chose de cet interrogatoire : le blessé dissimulera avec soin tous les faits qu'il croit susceptibles de lui porter préjudice. Néanmoins, avec un peu d'habileté, on peut en tirer quelques aveux d'une certaine valeur.

d) *Certificats médicaux.* Le certificat de premier constat, s'il était complet, c'est-à-dire s'il notait exactement l'état des poumons au moment de l'accident, au point de vue de l'existence ou de la non existence d'une lésion tuberculeuse en évolution, fournirait un élément de discussion de premier ordre : malheureusement même dans les certificats les plus détaillés et les mieux rédigés, il est tout à fait exceptionnel de trouver de tels renseignements : ce mutisme relève souvent, il est vrai, d'un sentiment fort louable et dont on ne saurait en vouloir aux médecins : ceux-ci, appelés aussitôt après l'accident par l'ouvrier, qui se confie à eux, craignent en démasquant une tare, ignorée souvent du blessé lui-même, de lui causer un grave préjudice et de violer le secret professionnel ; il est certain qu'on ne peut leur demander rien autre que la description des lésions dues à l'accident et pour lesquelles seulement l'ouvrier se confie à eux.

Quant aux autres certificats médicaux, rédigés plus ou moins tardivement, ils perdent par le fait même, une

grande partie de leur valeur pour décider du point qui nous occupe.

Il y aurait pourtant un moyen d'être renseigné exactement : la Cie d'assurances a le droit en effet d'envoyer un médecin de son choix, sous certaines conditions, afin d'examiner le blessé ; ce médecin, qui n'est évidemment pas lié par le secret professionnel, s'il pouvait voir le blessé très peu de temps après l'accident, pourrait donner des renseignements de grande valeur ; mais il est bien rare de posséder de tels documents.

e) *Examen du malade.* Il a une valeur très variable suivant l'époque à laquelle il est pratiqué. Si l'expertise a lieu un mois par exemple après l'accident, et que l'on constate des signes établissant l'existence de cavernes volumineuses, il est bien à présumer que de telles lésions n'ont pas pu se développer en un mois et que le blessé était déjà atteint de tuberculose avant l'accident. Mais souvent l'examen est tardif et ne permet que de vagues suppositions.

La robuste constitution du sujet, dont l'état général n'a pas encore été très altéré par l'évolution de la maladie, plaide avec force en faveur d'un bon état de santé antérieur à l'accident.

L'examen du blessé peut encore montrer des traces de tuberculoses locales antérieures guéries ou encore en évolution.

La *radioscopie* peut préciser l'étendue de certaines lésions et contribuer ainsi à l'appréciation de leur ancienneté.

f) *Autopsie.* Lorsqu'on se trouve en présence d'un accident du travail ayant entraîné la mort, l'autopsie est

une excellente source de documents. Elle permet en général d'aboutir à des conclusions fermes et de décider nettement si la mort est bien la conséquence de l'accident ou seulemement la conséquence de l'évolution naturelle de l'infection tuberculeuse.

2° Y a-t-il eu un traumatisme de nature a provoquer des lésions pulmonaires appréciables ?

Les renseignements sur ce point sont assez faciles à recueillir et ils sont le plus souvent d'une valeur très suffisante. Ils résultent des dires du blessé contrôlés par le récit des témoins, par les certificats médicaux et enfin par l'examen. On doit tenter de préciser les points suivants :

Nature et intensité du traumatisme. S'il s'agit d'un effort, il faut savoir dans quelles conditions il est survenu, si le travail auquel se livrait le blessé à ce moment présentait réellement un caractère exceptionnel ; nous avons déjà vu combien il est difficile d'admettre que l'effort puisse jouer un rôle vraiment important dans l'apparition d'une tuberculose pulmonaire. Cependant une hémoptysie consécutive à un effort exagéré et suivie d'une aggravation rapide, autorise à conclure à l'influence aggravante de l'effort.

S'il s'agit d'une contusion thoracique, il faut rechercher dans quelles conditions elle s'est produite, quelle en a été l'intensité, *s'il y a eu fracture de côte* : ce point très important est facilement résolu soit par l'examen du malade montrant l'existence d'un cal osseux, soit par la

radiographie révélant la présence de ce cal quand il n'est pas perceptible à l'examen.

Point d'application. — Il faut le déterminer avec soin, bien que l'on sache que les lésions de contusion pulmonaire puissent se produire à une certaine distance de ce point d'application (V. p. 41).

3° Les symptômes observés dans les jours qui ont suivi l'accident sont-ils de nature a expliquer le développement d'une tuberculose pulmonaire traumatique ?

Deux symptômes en particulier doivent être envisagés, à cause de leur importance dans la genèse de la tuberculose pulmonaire traumatique, ce sont l'*hémoptysie immédiate* et la *pleurésie traumatique.*

Si elle n'est pas nécessaire pour conclure à une bacillose traumatique, l'hémoptysie immédiate pèse toujours d'un grand poids dans la discussion : il faut s'attacher à en préciser la date d'apparition, plus ou moins précoce, l'intensité et la durée.

La pleurésie traumatique immédialement consécutive à l'accident ne peut guère être établie que par les certificats médicaux. On doit admettre la possibilité d'un délai assez long entre la date de l'accident et l'époque où les premiers symptômes de pleurésie ont été signalés, en raison de la latence extrême du début de la pleurésie, et de l'impossibilité de fixer la date exacte de ce début, souvent beaucoup plus rapproché de l'accident qu'on ne le croirait.

La *pneumonie traumatique*, à condition qu'elle soit

apparue dans un délai suffisamment rapproché (4 à 7 jours), doit être notée aussi comme un accident de nature à favoriser l'évolution ultérieure d'une tuberculose pulmonaire traumatique.

Quant aux autres symptômes : toux, oppression, ils sont beaucoup moins importants à cause de la difficulté qu'il y a à les contrôler.

4° L'ÉVOLUTION CONSÉCUTIVE DES ACCIDENTS CADRE-T-ELLE AVEC L'HYPOTHÈSE D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE TRAUMATIQUE ?

La réponse à cette question peut être fournie grâce à l'étude des certificats médicaux et à l'examen du blessé.

La date d'apparition des premiers symptômes de tuberculose pulmonaire doit être d'abord considérée ; il est impossible d'établir à cet égard de limite fixe, c'est avant tout une question d'espèce.

Si toutes les autres conditions se trouvent réalisées, on peut admettre dans certains cas qu'une tuberculose pulmonaire traumatique puisse ne se manifester que six mois après le traumatisme par exemple. Mais en règle générale, la *précocité des accidents* est d'une grosse valeur.

On peut avoir aussi à discuter si, après une poussée évolutive post-traumatique complètement guérie, une nouvelle poussée survenant tardivement, un an ou deux après, doit être mise sur le compte de l'accident. Ici encore il s'agit de pures questions d'espèce.

La constatation du *maximum de lésions au niveau de*

la région traumatisée est également un des arguments dont il ne faut jamais négliger de souligner l'importance.

Établissement des conclusions. — Telle est la méthode suivant laquelle on peut conduire la discussion d'un cas de tuberculose pulmonaire traumatique. Il faut, après cela, formuler les conclusions. Ici encore aucune règle fixe n'est possible. Si dans un certain nombre de cas, tels que ceux apportés au chapitre précédent (V. tuberculoses traumatiques typiques), les conclusions s'imposent avec netteté, grâce à la précision et à la valeur des éléments de discussion, très souvent ces derniers sont insuffisants pour entraîner une conviction ferme ; il faut alors s'efforcer d'appuyer son opinion sur des bases médicales aussi solides que possible, mais de telles conclusions restent souvent douteuses et *prêtent toujours à discussion,* parfois même on n'arrivera pas à se décider en faveur d'une opinion plutôt qu'en faveur de l'opinion opposée ; il ne faut pas hésiter alors à exposer son doute et les raisons de ce doute et à laisser l'appréciation aux juges.

Dans d'autres cas enfin, toute conclusion peut être prématurée, il faut alors ajourner à une époque plus ou moins éloignée, la possibilité d'émettre une opinion ferme.

Ceci dit, on peut, suivant les cas, formuler les conclusions suivantes :

1° Le traumatisme a certainement révélé une tuberculose latente :

On a autorisé à conclure ainsi lorsque :

1° La bonne santé antérieure du sujet est bien établie ;

2° Il y a eu un traumatisme caractérisé de la poitrine ;

3° Ce traumatisme a été suivi aussitôt d'une hémop-

tysie indiquant l'existence d'une contusion pulmonaire ou bien d'une pleurésie traumatique ;

4° Les signes de tuberculisation sont apparus d'une façon précoce, avec maximum des lésions au niveau du point contusionné.

2° *Le traumatisme a certainement aggravé une tuberculose en évolution :*

Il en est ainsi lorsque chez un tuberculeux avéré mais pouvant encore travailler, une forte contusion thoracique, un effort suivi d'hémoptysie, des accidents de décompression (obs. XIII) déterminent l'éclosion d'une poussée évolutive de gravité variable, mettant l'accidenté en état d'incapacité permanente ou temporaire.

3° *Il est impossible d'établir d'une façon certaine le rôle du traumatisme.*

Cette incertitude résulte le plus souvent de la pénurie des éléments d'appréciation.

Ou bien elle résulte naturellement de l'exposé des faits : par exemple, lorsqu'un traumatisme est suivi de mort chez un tuberculeux si avancé dans son évolution, que sa vie n'était plus qu'une question de jours ou de semaines.

Dans certains cas, l'influence du traumatisme, sans être démontrable, reste possible et vraisemblable ; les raisons de cette vraisemblance doivent alors être exposées, afin que le juge puisse en faire bénéficier l'ouvrier s'il le juge à propos.

§ 4. — Quelle est l'incapacité de travail à la suite de l'accident ?

Il s'agit ici, somme toute, de déterminer le pronostic exact d'un cas donné de tuberculose pulmonaire : pour

qui connaît la complexité de ce problème dans la pratique médicale courante, cette question apparaît comme extrêmement difficile à résoudre : La tuberculose pulmonaire, en effet, par l'irrégularité de son évolution, par la rapidité avec laquelle elle entraîne parfois la mort dans les cas où l'on croyait à une forme peu grave, par les améliorations inespérées dans des cas paraissant désespérés, déroute toutes les prévisions.

Pourtant, malgré ces difficultés, on peut arriver souvent, en pratique médico-légale, à des appréciations suffisantes et présentant, à défaut de certitude, certains caractères de probabilité ; pas plus d'ailleurs qu'en ce qui concerne l'étude étiologique, on ne peut formuler à ce sujet de règles générales : chaque cas particulier doit être résolu de façon différente.

Si le rôle à la fois révélateur et aggravateur du traumatisme est bien établi, il ne faut pas hésiter à fixer une forte incapacité permanente ; tout sujet présentant des lésions de tuberculose en évolution a besoin de soins et de repos, il est incapable de tout effort, même modéré : il ne peut se livrer qu'à des besognes n'exigeant aucune espèce de fatigue. Cette incapacité peut d'ailleurs être modifiée dans le délai de 3 ans autorisant une révision : l'incapacité sera augmentée si l'état s'est aggravé, elle sera diminuée s'il y a eu amélioration sensible.

Dans d'autres cas, l'accident n'a déterminé qu'une poussée transitoire, suivie de guérison, et il semble bien que, souvent, l'état de santé du blessé est revenu sensiblement au même point qu'avant l'accident ; mais il faudrait, pour être vraiment affirmatif sur ce point, connaître exactement l'état de santé avant l'accident : et

l'on sait combien cette notion est difficile à établir dans la pratique ; nous avons cependant vu précédemment un certain nombre de cas où la discussion des faits a permis d'établir une simple incapacité temporaire ; mais il faut toujours alors réserver l'avenir et admettre une aggravation ultérieure possible nécessitant une nouvelle discussion.

Enfin, s'il est bien établi que le traumatisme n'a exercé aucune influence sur l'évolution de la tuberculose, on doit indiquer l'incapacité dont est atteint le malade, mais en répétant à nouveau que cette incapacité n'est pas due au traumatisme, ou du moins que l'action du traumatisme est fort invraisemblable, en tout cas nullement démontrable.

CONCLUSIONS

Au point de vue théorique, la tuberculose pulmonaire traumatique *vraie* n'existe pas : avant le traumatisme, le sujet était déjà un tuberculeux latent ; l'accident n'a fait que révéler ou aggraver une lésion en évolution. Quant à la tuberculose pulmonaire traumatique primitive, elle est scientifiquement indémontrable.

Il en est tout autrement en ce qui concerne le côté pratique, car il est absolument prouvé qu'un traumatisme peut, d'un sujet parfaitement sain et ayant toutes les chances de jouir d'une parfaite santé jusqu'à un âge avancé, faire un tuberculeux avéré, incapable de tout travail.

Pour établir l'existence d'une tuberculose pulmonaire traumatique certaine, il faut établir :

1° Que le sujet était indemne de toute manifestation de tuberculose pulmonaire avant l'accident, et avait une capacité ouvrière normale ;

2° Qu'il a subi un traumatisme thoracique d'une certaine importance, suivi de symptômes de contusion pulmonaire (hémoptysies, etc.) ;

3° Que les symptômes de tuberculose se sont montrés dans un délai suffisamment rapproché de la date de l'accident.

Dans ces conditions, le traumatisme est bien la véritable cause de l'incapacité consécutive à l'accident.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, il est impossible de conclure à une tuberculose traumatique certaine, mais on peut encore, dans certains cas, reconnaître au traumatisme un rôle aggravateur incontestable.

Dans un grand nombre de cas, enfin, qui doivent être réunis sous le nom de *fausses tuberculoses traumatiques,* le rôle du traumatisme doit être rejeté complètement, ou tout au moins être présenté comme n'ayant eu qu'une influence minime et contestable sur l'évolution de la maladie.

Vu :

Le Président de la Thèse,

THOINOT.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

P^r^ *Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Aronheim. Beitrag zur Frage der primären tuberkulose ; pleuritis exsudativa traumatica. *Monatschrift fur Nufall-heilkunde*, 1907.

Ayala. Sulla tuberculosie polmonare da traumi contusur. *Medicina di infortuni del lavoro*. Perugia, 1909.

Brouardel (G.). De l'état antérieur des blessés (accidents du travail). *Revue clinique médico-chirurgicale accidents du travail*, 1er mars 1909.

Barjon et Lesieur. A propos des pleurésies séro-fibrineuses, dites d'origine traumatique. *Lyon médical*, 5 mai 1901.

Batier. Simulation de la prétuberculose. *Société de médecine militaire française*, 1910.

Bock. Uber traumatische phtisie in der armee. *Sanit. mil. Prüss. Arheinten.*

Brehmer. *Die Atiologie der chronischen Lungenschwindsucht*. Berlin, 1885.

Blasius. *Monatschrift für Unfall heilkunde*. 1897.

Cadiot, Gilbert et Rogiers. Tumeurs blanches produites chez le lapin par inoculation de tuberculose aviaire. *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 31 janvier 1891.

Chavastelon. *Etude sur les pleurésies traumatiques*. Thèse Paris, 1901, 1902.

Chauffard. *France médicale*, 1880, n° 92.

— *Semaine médicale*, 1896, p. 81.

Chupin. Simulation et diagnostic précoce de la tuberculose au début. *Société de méd. milit. française*, 1910.

Ciriminna. Influenza del traumatisme del torace sullo Sviluppo della tuberculosi del polmone. *Med. Ital.* Napoli, 1906.

Consentini. Traumatisme e tuberculosi ; a proposito di un caso di tuberculosi polmonare osservato dapo un trauma. *Giorn. internaz. del Sc. Med.* Napoli, 1908.

Cornet. *Die tuberkülose.* Wien, 1907.

Dionis du Séjour. *Contribution à l'étude des contusions profondes du thorax : les déchirures pulmonaires en dehors des fractures de côtes.* Th. Paris, 1901.

Dychno. *Trauma und Lungen-tüberkulose.* In. Diss. Freiburg, 1904.

Estor. Tuberculose et traumatisme. Résultats fournis par le dépouillement de 372 observations de tuberculose des os et des articulations. *Montpellier médical*, 1907.

Ewald. Lungen-tüberkulose und périphere Unfall-Verletzùng. *Munich med. Woch.*, 1906.

Friedlander (Von). *Congrès international de la tuberculose*, 1905.

Franchetti. Thèse de Paris. 1897.

Franchomme. Traumatisme thoracique et tuberculose pulmonaire. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1903.

Feitu. *De l'agglutination du bacille de Koch par les bacilles tuberculeux.* Th. Lyon, 1900.

Forgue et Jeanbrau. *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail.* Paris, 1909.

Franke. Ein Fall von traumatische Lungen tüberkulose. *Monatsch. f. Unfall Heilkunde*, 1898.

Fischer. Die Lungen tüberkulose in der armee. *Veroff. a. d. geb. d. milit.* Sand. Wes., 1906.

Feichenfeld. Uber die Verchlimmerung der tüberkulose durch Unfälle. *Deutsche med. Woch.*, 1908.

Gillet. Thèse de Paris. 1903.

Grasse. Schädeltüberkulose und trauma. *Monatsch. f. Unfallheil.* 1896.

Gebauer. Ein fall von traumatisch entstandener Lungentüberkulose. *Deutsch med. Woch.*, 1903.

Grösser. *Uber den Zusammenhang von Lungentüberkulose und Trauma.* Inaug. Diss. Leipzig, 1903.

Güder. Uber den Zusammenhang zwichen Trauma und Tüberkulose. *Vierteljahrschrift für gericht. med.* Band 1 und 8, 1894.

Giordano. Tisi traumatica da infortunio. *Medicina de infortuni di lavoro.* Perugia, 1909.

Hugues. Thèse Lyon, 1901-1902.

Herbert. *Des pleurésies traumatiques séro-fibrineuses.* Th. Paris, 1896.

Harris (Thomas). *The Lancet.* V. *Presse médicale*, 1898, p. 327.

Hanf. *Uber die Bedentung des Traumas in der Atiologie tüberkuloser Lungen und Pleura Erkrankungen.* Inaug. Diss. Breslau, 1905.

Hubs. Trauma und Lungentüberkulose. *Artzl. Rundschau.* München, 1907.

Jeanbrau. Des tuberculoses chirurgicales dans leurs rapports avec les accidents du travail. 20e *Cong. chir.*, 1907.

— et Forgues. *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail.* Paris, 1909.

— et Rodet. Contribution à l'étude de l'influence du trauma sur la localisation de la tuberculose ; résultats du trauma articulaire chez des lapins tuberculisés par voie digestive. *Acad. des Sc.* Paris, 1904, et *Montpellier médical*, 1908.

Jaccoud. *Semaine médicale*, 1889.

— *Semaine médicale*, 1896.

Köhler. *Artzl. Sachverstellungen Zeitung.* Berlin, 1907.

Kary. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1885.

Kappis. Beitrag zur traumatischen tüberkulose. *Med. Gesellschaft Magdeburg*, 1910.

Lande. Tuberculose pulmonaire et traumatisme. *Rev. de médecine légale* et *Journal de médecine de Paris*, 1909.

Lalesque. Phtisie traumatique. *Journal médical de Bordeaux*, 1908.

Lannelongue et Achard. *Bulletin médical*, 1899, et *Gazette des Hôpitaux*, 1899.

Lebert. Observations de phtisie traumatique. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.

Lépine. *Lyon médical*, 1892.

Lustig. Ein Fall von linkseitiger tuberkuloser Pleuritis nach einem trauma. *Wien. med. Woch.*, 1884.

Link. Traumatische Lungentüberkulose *Münch. med. Woch.*, 1906.

Lacher. Uber tuberkulose infolge von Trauma in gerichtsmedizinischer Hinsicht. *Studien blätter*, 1891.

Lehmann. *Deutsche med. Woch.*, 1886.

Litten. Kontusions pneumonie. *Deut. med. Woch.*, 1907.

Landau. Lungenerkrankung nach Kontusion. *Deutsch. Artzl. Zeitsch* 1901.

Mongour. Tuberculose pulmonaire traumatique. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1908.

Mosny. Annales d'hygiène et de médecine légale, 1902. *Presse médicale*, 1902.

Megevand. Tuberculose pulmonaire et accidents du travail. *Arch. inter. de méd. légale.* Bruxelles, 1910.

Mosler. *Uber Lungenverletzungen durch stumpfe Gewalt.* In. diss. München, 1905.

Mendelssohn. Traumatische phtisie. *Zeitsch. f. klin. med.* 1886.

Moser. Trauma, Lungenblùten, Lungentüberkulose. *Artzl. Sachverst.* 1904.

Neisse. *Die traumatische Lungen-tüberkulose, mit besonderer Berück sichtigùng der Unfall sicherungen.*

Nicoletti. Romer briefe, *Munch. med. Woch.*, 1904.

Ponsot. Traumatisme et tuberculose *Soc. de méd. mil. française,* 1909.

Perroud. *Congrès de Lille*, 1874.

Potain. *Bulletin médical*, 1896.

Patoir. Accidents du travail et tuberculose pulmonaire. *Médecine des accidents du travail*, 1909, et *Revue internat. de la tuberculose,* 1909.

Petrow. *Centralblatt. f. chirurgie*, 1904.

Rodet et Jeanbrau. *Acad. des sciences*, 1907, et *Montpellier médical*, 1908.

Ranaletti. Traumatische Lungentüberkulose. *Münch. med. Woch.*, 1905.

Reimboth. Der Einfluss der Erschütterung des Brustkorbe auf die Gefässe der Lungen und Pleura. *Münch med. Woch.*, 1898, und. 1899.

Sachet. La tuberculose et les accidents du travail. *Méd. des acc. du travail*, 1907.

Specker Epanchement pleural consécutif à un effort thoracique sans contusion. *Revue méd. de l'Est*, 1893.

Sand. *La simulation dans les accidents du travail.* Paris, 1909.

Sourdille. *Soc. anatomique*, 1895.

Spelten. In. Diss. Bonn, 1898.

Stern (R.). *Uber traumatische Entstehung innerer Krankheiten,* Iéna, 1900.

Stern. *Trauma und Lungentüberkulose.* In. Dissert. Bonn, 1903.

Stautz (Von). *Uber trauma und Lungentüberkulose*, Leipzig, 1907.

Sittmann. *Artzl, sachverst. Zeitung,* Berlin, 1907.

Schüller (M.). *Centralblatt f. chirurgie*, 1898.

Steinthal. *Deut. med. Woch.*, 1888.

Schwartz. In Diss. München, 1900.

Stiller. *Wiener med. Woch.*, 1901, et *Monatsch. f. Unfallheilkunde*, 1901.

Schonfeld. Ein fall von traumatischer Lungentüberkulose. *Monats. f. Unfallheilk.*, 1898.

Spillecke. *Traumat. Lungentüberkulose. In. Dissert.*, Friburg, 1908.

Silberstein. In Dissert., Leipzig, 1903.

Schrader. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1897.
Teissier. *Lyon médical*, 1873.
Thoinot. *Les accidents du travail et les affections médicales.* Paris, 1904.
Thiem. Des affections chirurgicales chroniques dans leurs relations avec les accidents du travail. 20e *Congrès de chirurgie*, Paris, 1907.
— Traité des affections traumatiques, 1909.
Urban. Trauma und Tuberkulose. *Münch. med. Woch.*, 1899.
Villemin. *Congrès international de la tuberculose*, 1905.
Verneuil. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.
Vibert. *Les accidents du travail.* Paris, 1906.
Weiler. *Traumatische Phtisie.* Inaug. Dissert., Leipzig, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I. — **Historique** 15

CHAPITRE II. — **Pathogénie** 22

§ 1. *Pathogénie de la tuberculose traumatique en général* 22
1° Expérimentation 22
2° Données cliniques 27
3° Conclusions 30
§ 2. *Applications des données précédentes à la tuberculose pulmonaire traumatique* 32

CHAPITRE III. — **Etiologie** 37

§ 1. *Contusion pulmonaire* 38
§ 2. *Effort* 44
§ 3. *Causes indirectes* 46

CHAPITRE IV. — **Classification des principaux types de tuberculose pulmonaire traumatique** 47

I. Tuberculose pulmonaire traumatique typique 53
II. Formes atypiques de la tuberculose pulmonaire traumatique 75
III. Pleurésie traumatique et tuberculose pulmonaire 116
IV. Fausses tuberculoses pulmonaires traumatiques 141

CHAPITRE V. — **Règles de l'expertise** 165

§ 1. *Y a-t-il eu accident* 167
§ 2. *Y a-t-il tuberculose pulmonaire* 168
§ 3. *Est-il possible d'établir un lien de cause à effet entre l'accident et l'évolution consécutive de la tuberculose et dans quelle mesure?* .. 168
§ 4. *Quel est le taux de l'incapacité consécutive au traumatisme* 176

CONCLUSIONS 179

BIBLIOGRAPHIE 181

Saint-Brieuc. — Imprimerie F. Guyon